
الاضطرابات
النفسية
فى
الأطفال
الجزء الثانى
دكتور
محمد شعلان
رئيس قسم
الأمراض النفسية والعصبية
كلية طب جامعة الأزهر

إهــــــداء ٢٠٠٧

الأستاذ الدكتور / قدري محمود حفني

جمهورية مصر العربية

الاضطرابات النفسية فى الأطفال

دكتـــور
محمد شـــعلان

أستاذ مساعد ورئيس قسم
الامراض النفسية والعصبية
كلية الطب ـ جامعة الازهر

الجهـــاز المركزى للكتب الجامعية
والمدرســـية والوســـائل التعليمية

١٣٧٩ ـ ١٩٧٩ م

الفصــــل الأول

المقابلة والفحص والصياغة التشخيصية

أن الدافع الاساسى وراء ذهاب المريض الى المعالج هو حالـــة الالم التى يشكو منها والهدف الذى يسعى اليه هو العــلاج أى المعــونة على تخفيف حدة هذا الالم •

والمعالج بدوره يسعى الى معرفة طبيعة الالم وأسبابه لكى يتمكن من وصف العلاج الملائم • فى ضوء هذه الاهداف يمكننا أن نجــزىء الخطوات بين حالة الالم وحالة الشفاء الى الاجزاء الآتية :

١ ـــ المقابلة :

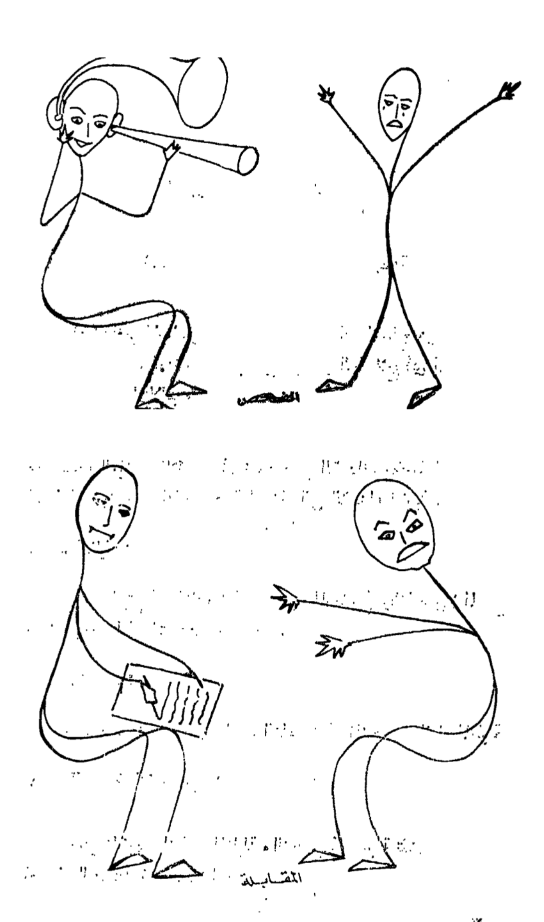
وهى ما يتم فى اللقاء بين المفحوص (المريض) والفاحص (المعالج) بهدف جمع المعلومات عن الحالة •

٢ ـ الفحص :

وهو ما يستنتجه أو يشاهده الفاحص فى المفحوص اثناء المقابلة •

٣ ـــ الصياغة التشخيصية :

وهى تلخيص لنتائج المقابلة والفحص فى صيغة تلقى الضــوء على أصــل الحــالة ومســيرتها •


المفحوص
المقابلة

المقـــــابلة :

تتم المقابلة بين المفحوص (المريض) والفاحص (المعالج) بتعريف موجز لكل طرف . فالمريض يذهب الى المعالج بناء على معرفة موجزه لهويته ومؤهلاته ؛ والمعالج يتعرف على المـريض بطلب **بيانات التعريف** الخاصة به . وهو مريض بقدر ما هو فى حالة ألم تؤدى الى ظهور **شكوى** من هذا الالم . والشكوى هى نقطة نهاية لأحداث لها بداية ولهـا تاريخ بدأ منذ أن طرأ تغيير على **الشخصية قبل المرض** (أو بدايـة ظهـور الشكوى) . والشخصية لها نشأة تتمثل فى **تاريخ الشخص** والذى بدأ نشأته فى مجتمع مصغر له تاريخ وهو تاريخ الاسرة . فلنستعرض هذه العناصر المكونة للمقابلة بمزيد من التفصيل :

١ ــ **بيانات التعريف** : اننا نبدأ بالتعرف على **اسم** المريض وقد نجد فى هذه المعلومات المحدودة دلالات لها قيمة مثلما قد يكون الاسم غريبا أو له معنى أو مسمى على اسم شخصية تاريخية أو اجتماعية أو على اسـم الاب أو الجد أو قد يكون الاسم لا يميز الجنس . بعد ذلك يأتى تعريف **جنس** المريض وهو بيان له دلالاته بطبيعة الحال نظرا لاختلاف الاوضاع الاجتماعية والنفسية بين الذكور والأناث . وبعد هذا نتعرف على **السن** الذى قد يشير الى المرحلة التطورية التى يجب أن يكون بها المريض كمـا تهمنا **الحالة المدنية** والتى سوف نحتاج الى المزيد من البيانات التفصيلية عنها فيما بعد . ثم يأتى البيان عن **العمل** الذى يمارسه المريض وقد يشير هذا الى طبيعة المشاكل التى يكون معرضا لها ثم **المستوى التعليمى** الذى قد يشير الى مستوى الذكاء ثم ندون **عنوان** المريض وقد يشـير الى طبيعة البيئة علاوة على قيمته العملية فى الاتصال بالمريض فيما بعد . كمـا يهمنا أن نسجل **جهة التحويل** اذ إن هناك فرق بين حضور المريض بناء على رغبته أو نصيحة آخرين أو اضطراره للحضور (القضاء أو الشرطة) .

٢ ــ **الشكوى** : وهى تبدأ بصياغة الشاكى (المريض) لما يؤلمه ويضايقه • وهنا لابد من احترام هذه الصياغة وتدوينها بلغة الشاكي بدون تفسير من جانبنا • وهناك أحيان (وبالذات في حالات الاطفال والذهانيين وانحرافات الشخصية) تكون الشكوى آتية من شخص أو جهة أخرى تشكو من السلوك الظاهري للشخص الذي يؤخذ للطبيب في دور المريض رغما عنه • وقد يكون الشاكى طرفا ثالثا يمثل المجتمع مثل القضاء أو الشرطة أو المدرسة أو الأسرة أو الأصدقاء • وبطبيعة الحال فان الصياغة سوف تختلف على حسب شخص الشاكى وقد تأخذ طابع الاتهام المتبادل بين الشاكي والمشكو فيه • وهنا لابد لنا أن نعى منذ اللحظة الأولى الدوافع المختلفة وراء كل شكوى ، الأمر الذى يستلزم ملاحظة شخصية الشاكى ومحاولة فهم دوافعه • ان الشكوى تمثل الصياغة الرئيسية للاعراض التى يشكو منها المريض كما انها تمثل المؤشرات الاساسية للوصول الى التشخيص الإكلينيكي وهو تشخيص مبدئى وظاهري •

٣ ــ **تاريخ الشكوى** : التسلسل المنطقى بعد تحديد الشكوى وهو تحديد كيفية بدايتها وتطورها • فالشكوى بطبيعتها هى رفض لحال جد ظهوره ، أى له بداية تميزه ، عن حال سابق له • ويمكننا تحديد العناصر الرئيسية لهذا التاريخ في نقط اساسية وهى توقيت بداية الشكوى أى **متى بدأت** وهذا يعطى فكرة عامة عما اذا كان المرض حديث وحاد أو قديم ومزمن ثم **كيف بدأت** أى هل كانت البداية حادة وواضحة ومفاجئة أم كانت تدريجية وغير واضحة، ثم **كيف تطورت** أى هل بدأت الشكوى حادة ثم انخفضت حدتها أم بدأت خفيفة ثم زادت ام هل لها طابع دورى أو متقطع •

٤ ــ **الشخصية قبل المرض** : وجود الشكوى يعنى أنه كان هناك حال مقبول تحول الى حال مشكو منه ، أى

ان الشكوى تفرق بين الحال الحالى والحال السابق له • فان المريض قد يشكو من الم يبدو لنا لا مبرر له خاصة بالمقارنة مع احوال الآخرين • الا أنه يشكو لأنه يقارن حاضره مع ماضى له يفضله • ان هـذا الحال السـابق أو الماضى المفضل هو ما نستطيع أن نصفه بانه الشـخصية قبل المرض •

ومرة أخرى قد نبدأ بالوصف الظاهرى الاكلينيكى للشخصية كما نستنتجها من تصوير المريض (أو الاشخاص المحيطـين له) فنبدأ بالسمات الظاهرية مثل **الخصائص الجسمانية** كالبنية والطاقة والنشـاط والصحة البدنية والعادات البيولوجية كالطعام والشراب والتدخين وكذلك الاخراج والجنس ثم **الخصائص النفسية** كالقدرة على الحب والعمل وما يؤثر عليها من صراعات نفسية وحيل دفاعية وقدرة الذات على التحكم فى الصراعات (الغرائز والانا الاعلى) ثم **الخصائص الاجتمـاعية** مثـل العلاقات مع الآخرين سواء فى مجال الاسرة والاصدقاء أو فى علاقات العمل بالرؤساء والزملاء والمرؤوسين والخصائص العامة لهذه العلاقات بين الانبساطية (أي الميل للاهتمام بالخارج) والانطوائية (أي الميل للاهتمام بالداخل) •

٥ ــ تاريخ الشخص :

ان الوصف السابق للشخصية يعتبر بمثابة مقطع أفقي أو عرضي يصف حال الشخصية فى حقبة من الزمن تسبق ظهور الاعراض • الا أن هذا القطاع له امتداد طولي أي له تاريخ يمتد الي بداية تكوين الشخص• ولعلنا نستطيع تحديد نقطة البداية لتكوين الشخص عند لحظة الاخصاب بين الحيوان المنوى والبويضة والتي أدت الي الحمل،ولربما قبل ذلك فيما قد يسبق هذا اللقاء بين الخليتين من علاقة عميقة بين رجل وامرأة أدت الى رغبة عضوية فى الالتحام التام بالآخر فأدت الى الحمل والانجاب ،وعما اذا

كانت لديهما رغبة فى هذا الانجاب واذا كانا يرغبان فى انجاب طفل ذكر أم أنثى ، وعما حدث فى اثناء هذا الحمل من ظروف صحية نفسيا وجسديا • ثم يتلو ذلك لحظة الولادة وعما اذا كانت ولادة طبيعية من عدمه ويبدأ بعد ذلك وصف لمراحل التطور الثمانية (اريكسون) • ونستطيع أن نسترشد بالمراحل السابق وصفها لتطور الانسان فنصف الى أى مدى تجنح الشخص فى تخطى المراحل وجابه تحديات كل مرحلة والى أى مدى كانت هناك عناصر تثبيت أو نكوص فى كل مرحلة • ونستطيع أن نصف كل مرحلة تحت عناوين ثلاثة وهى :

(أ) الجسد : وهو وصف لطبيعة النمو الجسدى عما اذا كان سليما ، وكذلك طبيعة علاقة الشخص بجسده وعلاقة الآخرين مثلا فى عادات النوم والرضاعة والنظافة ، ثم علامات النمو الجسمانى والحركى أى القدرة على المشى والكلام وظهور الاسنان •• الخ ثم فى المراحل التى تتلو ذلك فى العلاقة بالوظائف البيولوجية وخاصة الطعام والاخراج والنظافة والجنس وهكذا فى كل مرحلة •

(ب) النفس : وهو وصف عناصر الشخصية مثل الانا والانا الأعلى والغرائز وكذلك وظائف الانا فى التوفيق بين الاطراف المتصارعة فى داخل الشخص والبيئة أى التكيف والعلاقات بالموضوع •

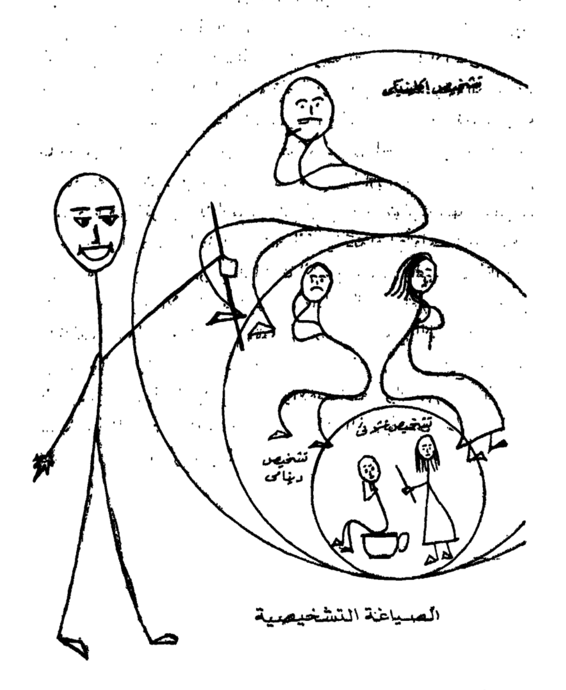
(ج) المجتمع : أى العلاقات الاجتماعية فى كل مرحلة من الدائرة الاصغر فى الأسرة الى الدوائر الاوسع فى المدرسة أو العمل أو المجتمع والاوضاع التاريخية والحضارية الاعم .

٦ ـ تاريخ الاسرة : بما أن الانسان كائن اجتماعى حضارى سياسى له تاريخ يمتد الى ما هو أبعد من حدود وجوده الذاتى فانه يصعب دراسة الفرد بدون الاشارة الى تلك الابعاد • وليس هناك مفر من الاشارة اليها فى كل خطوة

من دراسة تاريخ الفرد الا أن هذه الفقرة تلقى الضوء على هذا البعد بالتحديد بواسطة محاولة دراسة تاريخ الاسرة بمزيد من التفصيل . فالأسرة هى الدائرة الاجتماعية المحدودة التى يتمثل فيها المجتمع علاوة على أنها تمثل الوعاء البيولوجى لتوارث الصفات الجسمانية على مر الأجيال من الناحية البيولوجية فان دراسة الاسرة تلقى الضوء على العوامل الوراثية التى قد يكون لها أثر على تكوين الشخص ، اذ نستطيع بواسطة معرفة تاريخ الاسرة وما اذا كان هناك منها سمات مرضية أو أمراض ، وخاصة الأمراض النفسية والعصبية ، وكذلك سمات مثل التطرف أو الشذوذ والانحراف علاوة على السمات الغير عادية مثل العبقرية أو المواهب المختلفة أو التدين أو التصوف . وبما أن الانسان يرث من الاسرة ما هو أكثر من تلك العوامل البيولوجية فهو يتوارث عنها التقاليد والعادات والقيم أى الحضارة ، فان الاسرة كنواة اجتماعية تستحق الدراسة . ويجب أن ندرس العلاقات الاسرية بادئين بالشكل الظاهرى مثل اعداد افراد الأسرة وترتيبهم فى الميلاد الى مستوياتهم الاجتماعية والثقافية وعاداتهم وتقاليدهم وقيمهم مع التركيز على الاسرة المباشرة أو النووية التى تستحق دراسة أكثر دقة . مرة أخرى نستطيع استخدام الجسد (بما فى ذلك النواحى المادية والاقتصادية) والنفس (أى السمات الشخصية للافراد) والمجتمع (أى السمات الاسرية ككل وعلاقة الاسرة بالمجتمع) كعناوين رئيسية للوصف .

الفحص :

يبدأ الفحص منذ لحظة اللقاء بين الفاحص والمفحوص أثنـــــاء المقابلة ، وإذا كانت المعلومات التي تجمع في المقابلة هي معـــــلومات من الدرجة الثانية يتلقاها الفاحص على لسان المفحوص (أو من معـــه)



الصياغة التشخيصية

فهى من هذا المنطلق لا تعتبر حقائق موضوعية الا بقدر ما هى تمثل الصورة التى يرسمها المفحوص لعلته • فالمريض حينما يقول أن اسمه كذا فان هذا لا يعني بالضرورة ان اسمه كذا ولكن يعنى أنه حينما يسأل عن اسمه فهو يقول كذا • واذا كان هذا المثال بالذات قد لايستدعي هذه الدقة فى التعريف فان أهميته سوف تظهر حينما ننتقل الى الحقائق الاخرى فاذا قال أن أبوه شديد القسوة فان ذلك لايعنى بالضرورة ان هذه سمة من سمات أبيه ولكن أن هذه هي السمة التى يريد أن ينعت بها أبيه حينما يسأل عنه فى المقابلة • أى أن المعلومات والبيانات التى نجمعها فى المقابلة يجب أن نأخذها بحذر من حيث موضوعيتها •

ومن هنا تأتى أهمية الفحص — فالفحص يجلى معلومات تقترب درجة أكثر من معلومات الدرجة الاولى أى المعلومات التى يشاهدها الفاحص مباشرة ولا يأخذها عن أقوال المريض أو غيره • وهذا لا يعنى أنها بالضرورة موضوعية تماما ولكنها على الاقل تخضع لتشويهات ذاتية الفاحص فقط (وهى قليلة نسبيا خاصة كلما ازداد الفاحص نضجا وخبرة) بدلا من مجموع تشويهات الفاحص والمفحوص أو من معه •

الفحص بين الاطار الحر والمحدود : أشرنا الى أن الفحص يبدأ منذ اللحظة الاولي للمقابلة ويستمر طيلتها ، أي أن الفحص بهذا المعنى ليس بالضرورة محددا بعناصر بعينها ، الا أن الحرية التامة فى المقابلة فى غياب اطار محدد لما يجب جمعه من بيانات قد ينتج عنها قلق ، علاوة على الصعوبة البالغة بالنسبة للمعالج الحديث الخبرة والمريض أيضا ولذلك وجب وضع العناصر المذكورة فى الفقرات السابقة كمؤشرات لحدود المقابلة وليست بالطبع كقيود تحد السيولة الطبيعية والحرية في العلاقات بين الفاحص والمفحوص • وعلي الفاحص أن يجد الاطار الذى يجمع بين الجبرية

التامة وصعوبتها وبين الاطار المحدد الذى يشكل التلقائية والابداع .

عناصر الفحص : عند التدوين لنتائج الفحص فاننا سوف نضع العناصر المطلوبة فى الفحص تحت عناوين مبنية على أساس البدء من الظاهر والسطح الى الباطن والعميق كالآتى :

: (أ) الشكل الخارجى الذى يضفيه الشخص على نفسه فى صورة الملابس (نوعها وطريقة ارتدائها ونظافتها وألوانها .. الخ) علاوة على الاضافات الطبيعية مثل الشعر (الرأس أو الوجه) والأظافر .

(ب) شكل الجسد ووظيفته تراوحا من الانحناءات والبروز الى الحركة من تعبيرات للوجه الى حركات الايادى والارجل وطريقة المشى .

٢ ــ **الكلام** : (أ) الشكل بمعنى طبيعة الصوت وطريقة اخراجه وارتفاعه وخلجاته ومرونته وكذلك طريقة نطق الكلمات وسرعتها .

(ب) المحتوى أى المواضيع التى يشتمل عليها .

٣ ــ الحالة الوجدانية :

كما تبدو من المظهر والسلوك الخارجى والكلام علاوة على ما يصل الى الفاحص بطريقة غير مباشرة بمقدار التعاطف مع المفحوص . وبطبيعة الحال فان هذه الاخيرة تتوقف على قدرة الطرفين على انشاء علاقة متبادلة .

٤ ــ **التفكير : (أ) الشكل** أى الترابط بين الافكار والتسلسل المنطقى علاوة على كمية الافكار وسرعتها وتموجاتها وتشمل أيضا القدرة على التجريد والاستنتاج والربط .

(ب) **المحتوى** أى المواضيع التى تشغل تفكيره سواء كانت فى صورة تخيلات أو تفكير هادف أو وساوس أو ضلالات .

٥ ــ **الوظائف العقلية** : (أ) الانتباه والتركيز أى القدرة على متابعة موضوع ما والغاء المثيرات الداخلية أو الخارجية التى تشتت التفكير •

(ب) الادراك ويعنى القدرة على اضفاء معانى على المحسوسات وهنا قد نجد اضطرابات فى صورة ادراك اشياء غير محسوسة للاخرين كما فى حالة الهلاوس •

(جـ) الذاكرة وتشمل القدرة على حفظ واستدعاء الخبرات السابقة القريبة منها أو البعيدة •

(د) الذكاء كما يبدو فى تاريخ الشخص وكذلك من خلال قدرته على التعبير وطريقته فى التفكير •

٦ ــ **الوظائف الجسدية** : كما نتبينها من تاريخه علاوة على الفحوص الطبية التى أجريت بما فى ذلك التحاليل المعملية (وفى الحالات النفسية قد تشمل فحوص متخصصة مثل رسم المخ وغيرها) •

٧ ــ **الاختبارات النفسية** : وهى الوسائل المعملية التى قد نحتاجها لتأكد ما سبق من نتائج ومنها ما يقيس القدرات مثل الذكاء والذاكرة ومنها ما يقيس السمات الظاهرة كما فى اختبارات الشخصية والاستبيانات ومنها ما يقيس السمات الكامنة أو القبشعورية مثل الاختبارات الاسقاطية •

فحص الاطفال •

فيما سبق ذكرنا المبادىء العامة للفحص والمقابلة ولكن هناك بعض الاختلافات فى حالة الاطفال يجب ابرازها :

ان الطفل قلما يحضر بنفسه ليشكو آلامه اذ أن قدراته التعبيرية

باللغة والمفاهيم اللفظية محدودة ولذلك فان الطفل المريض يفضل التعبير عن آلامه بواسطة جسده أو سلوكه مما يضايق أسرته فيحضرونه بالتالى للطبيب • علاوة على ذلك فان الطفل عادة يمثل الطرف الاضعف فى العلاقة بالاسرة وهو لا يملك الوسائل الشرعية للتعبير عن رفضه ولم يعتادها فهو فى مقابلته مع المعالج لا يجد لغة مشتركة معه علاوة على أنه يعامله لاول وهلة على أنه ينتمى للطرف الاخر فى الصراع أى للاسرة فلا يثق فيه بسهولة وبالتالى لا يبوح له بشكواه •

ولذلك فعلى المعالج أن يأخذ الشكوى من الاسرة اما قبل مقابلة الطفل (وهو الامر الذى يحتمل أن يؤكد للطفل أن الطبيب المعالج عميل للاسرة) أو أن يجرى المقابلة فى صورة **مقابلة الجماعة الاسرية** تشمل الطفل والإسرة مع مراعاة أن الطفل قد يخشى الحديث فى وجود أسرته • ويمكن التغلب على ذلك بواسطة الفاحص المدرب فى الوسائل الجماعية •

وقد يلجأ المعالج الى الاستعانة بآخر (وقد يكون أخصائى اجتماعى أو ممرضة) لاجراء مقابلة مشتركة وقد تأخذ شكل جماعى بأن يكون الاثنين مشتركين فى نفس المقابلة أو قد يوزع العمل بينهما بأن يقابل أحدهما الطفل بينما يقابل الآخر الاسرة •

ويمكننا أن نضيف هنا وسيلة **المقابلة الجماعية** حيث يكون الفاحص مشترك مع مجموعة (من الطلبة أو المهنيين أو غيرهم) فى مقابلة حالة أو أكثر وهى تستخدم فى حالات التعليم والتدريب فى بعض اطارات العمل الفريقى • وهنا تترك حرية التفاعل لمجموعة الفاحصين والمفحوص مع ضرورة وجود قائد للفريق يستطيع أن ييسر الحوار ويعلق عليه ويوجهه فى اتجاه الهدف المحدد للمقابلة ، وذلك بواسطة استخدام أسس ديناميات الجماعة •

هناك الوسائل اللالفظية (أو اللفظية الغير مباشرة)

لانشاء حوار مع الطفل مثل استخدام اللعب كوسيلة لكسر الحواجز مع الطفل سرغان ما تتحول الى لغة يستخدمها الطفل للتعبير عما يعانى منه ، كما يمكن اعطائه أدوات للرسم أو للصلصال أو غير ذلك لنفس الغرض •

أو قد يلجأ الفاحص الى الأساليب اللفظية الغير مباشرة ابتداء من استخدام الصوت للغناء الى أن يطلب من المفحوص أن يشترك معــــه فى تأليف قصة أو يقوم بتمثيل مسرحية أو يعلق على قصة سمعها • ومن خلال مثل هذه العملية يمكن أن يسقط الطفل مشاعره على أفراد القصـــة فيقول من خلالهم ما لم يستطع أن يقوله مباشرة .

وقد تتطور هذه الاساليب فتقنن وتتحول الى **اختبارات نفسـية** تصل الى درجة من التخصص الذى يستدعى ان يقوم بها مهنى متدرب (اخصائى نفسى اكلينيكى) •

وختاما فلعله من المفيد أن يتعلم الفاحص أن ينظر الى النصف المملوء من الكوب أى أن ينظر للمريض كانسان له جوانب الألم والبهجة على السواء ، فلايكتفى بالاهتمام بالسؤال عما يؤلمه ولكن لابد أن يهتم بمـــا يبهجه ، اى لا يكتفى فى بحثه فى الشكوى عن نواقص الطفل ولـــكن أن يسعى مبكرا للبحث عما يملكه من مزايا وقدرات فلا يهـــــدف فقط الى تشخيص المرض ولكن أن يسعى أيضا الى **تشخيص الصحة** •

الصياغة التشخيصية :

التشخيص هو تلخيص لنتائج المقابلة والفحص فى ألفاظ محدودة تشير الى ما هو غام فى الظاهرة وأسبابها والهدف أن يكون الأمر أقرب الى الصياغة التشخيصية أكثر منه تشخيص بالمعنى الطبى التقليدى • وأن كان التشخيص أساسا خطوة فى سبيل العلاج الا أنه أيضا خطـــوة علاجية فى حد ذاتها ، فالمريض يبدأ فى الارتياح من آلامه فور ماينطبع له تعريفه وأسباب لها ، فقد عودنا الطب العضوى أن يكون التشخيص

محددا فى كلمة أو كلمات معدودة وذلك من منطلق الاهتمام بالمرض كمحور لوظيفة الطبيب بدلا من الاهتمام بالمريض كشخص • وبالتالى كان يكفى معرفة اسم المرض لكى نستنتج أسبابه وعلاجه • الا أن الطب النفسى وخاصة فى الاطفال قد ادخل ابعادا مختلفة الاتجاهات على التشخيص نظرا لان الامراض النفسية ليست محدودة المعالم كمثيلاتها فى الامراض العضوية علاوة على أن اشكالها وعلاجها على السواء تعتمد على مكونات كل شخص على حدة ومن ثم فقد تحول التشخيص من تسمية لمرض الى وصف لمريض •

وهنا لابد من تحديد هذه الأبعاد فى التشخيص بالنسبة للاضطرابات النفسية ولنبدأ من السطح الى العمق ومن الفرد الى البيئة •

١ ـ التشخيص الاكلينيكى : Clinical diagnosis

وهو الذى يصف الاعراض الظاهرة ويضعها فى صنف من أصناف الاضطرابات الرئيسية (ذهان •• عصاب •• اضطرابات شخصية •• الخ) ثم ينتقل بعد هذا الى مستوى أكثر تحديدا فيحدد الصنف بدقة أكثر (مثلا : ذهان فصامى) ثم يخطو خطوة أخرى فى التصنيف بأن يضيف حدودا أخرى (مثلا ذهان فصامى بسيط) وهكذا تتدرج حتى نصل الى وصف مختصر للاعراض البارزة فى الحالة المعنية (مثلا •• مصحوب بأعراض تبلد فى المشاعر وانطواء •• الخ) •

٢ ـ التشخيص الدينامى : dynamic diagnosis

ان الاعراض التى وصلت فى التشخيص الاكلينيكى جاءت نتيجة تفاعلات بين قوى كانت متوازنة قبل ظهور الاعراض ثم اختل التوازن نتيجة لاختلاف فى موازين تلك القوى • والتشخيص حينما

يأخذ فى الاعتبار دراسة توزيع هذه القوى وتوازنها واختلال هذا التوازن فهو اذ ذاك تشخيص دينامى • ولعلنا نستطيع تحديد هذه القوى كالآتى :

(أ) العوامل المرسبة الخارجية : هناك عوامل خارجية قد تؤثر على توازن القوى الداخلية وقيمة هذه العوامل تعتمد على مدى قوة حفظ التوازن الداخلى فاذا كان متماسكا فان العوامل الخارجية لابد وأن تكون قوية بينما اذا كانت هشة فان العوامل الخارجية يمكن أن تكون بسيطة • اذا فان تقويم العوامل المرسبة من حيث وزنها قد يلقى الضوء على قوة التماسك الداخلى • فالعوامل المرسبة وقد تكون قوية وذات وزن فى حالة تعرض الفرد لخبرات صدمية عنيفة ومتتالية كما يحدث فى حالات الحرب والسجن والتعذيب ، أو فى حالات الاطفال حينما يتعرض الطفل لقسوة بالغة أو اعتداء أو مرض شديد •

ونستطيع أن نصنف تلك العوامل بشتى الطرق كأن تكون **عوامل جسدية** مثل التعرض لمرض حاد أو شديد أو فقدان عضو من أعضاء الجسم • وقد تكون **عوامل نفسية** مثل الاحباط ازاء آمال تتعلق بالحب أو الجنس أو الطموح أو العدوان • وقد تكون **عوامل اجتماعية** كأن ينتقل الفرد من بيئة الى بيئة أو يفقد ممتلكات أو عمل •

(ب) العوامل المرسبة الداخلية : ان الانا هو البوتقة التى يلتقى فيها الداخل مع الخارج • وكل ما يحدث فى الخارج وله انعكاس فى الداخل يبدو أكثر وضوحا فى الانا • ومقابل ذلك فان كل ما يحدث فى أعماق الداخل سوف يكون له انعكاس مماثل فى الانا • وحينما نتحدث عن الاختلال فى التوازن فهو أساسا اختلال فى قدرة الانا على التوفيق بين الداخل والخارج وبين العناصر المتصارعة فى كل منهما مثل الصراع بين الانا الاعلى والغرائز • ومن ثم

فان الحديث عن العوامل المرسبة الداخلية يرتكز أساسا على اختلال قدرة الانا على التوفيق • يأتى هذا الاختلال نتيجة لضعف أساسى فى تكوين الانا أو نتيجة لعوامل خارجه عنه تتعدى قدراته على التحكم فيها ، مثل الارهاق المستمر الذى يساهم فى اضعاف الانا أو قد يكون التراكم الغريزى المزمن الناتج عن عدم الاشباع كأن يكون الفرد معرضا لفترة من الحرمان سواء كان حرمانا من التعبير عن رغباته الشبقية أو العدوانية مما يضيف الى قوة الغرائز (الهو) بدرجة تفوق قدرة الانا على التحكم فيها • وقد تطفو هذه الرغبات على السطح بينما الواقع الخارجى مازال محبطا وجهاز التحكم فى الغرائز (الانا الاعلى) مازال صارما مما يؤدى الى مضاعفة هذه الطاقة المضادة (الانا الاعلى) لكى تقاوم الغرائز الامر الذى يؤدى الى احتدام الصراع بينهما ويؤدى بالتالى الى مداهمة الانا واضعافه أمام الطرفين المتصارعين •

أى أن التشخيص الدينامى فى هذه الحالة سوف يشمل تقويما لقوة الانا وقدراته على حفظ التوازن وكيفية قيامه بهذه المهمة مع وصف للوسائل الدفاعية المستخدمة • ويمكن الرجوع الى وظائف الانا لتحديد هذه الخصائص والقدرات والوسائل الدفاعية • كما يشمل التشخيص الدينامى فيما يتعلق بالعوامل المرسبه الداخلية أيضا تقويما عاما للقوى الداخلية المتصارعة الاخرى وهى **الانا الاعلى والغرائز** •

وهو فى جوهره يعتمد على تلخيص لما ظهر من التاريخ الحالى للشكوى علاوة على الفحص •

٣ — التشخيص النشوئى : ويعنى كيفية نشوء genesis الحالة أو بعبارة أخرى العوامل المهيئة التى مهدت للعوامل المرسبة أن تأتى بمفعولها • وهذا الجانب من التشخيص يشمل فى جوهره تلخيصا لتاريخ الشخص ويبدأ من العوامل

الوراثية كما تبينت من تاريخ العائلة ، ثم العوامل الحضارية والاجتماعية والاقتصادية والسياسية وغيرها كما تبينت من نفس الدراسة ، ممتدة الى تكوين الشخص الحالى ، ثم الى تقويم للعوامل التكوينية المبكرة كما فى الحمل والولادة ، ثم تقويم العوامل الصدمية وغيرها فى الطفولة المبكرة ، ثم تقويم للعوامل التى أثرت فيما بعد وخاصة فى كل أزمة من أزمات التطور من مرحلة الى مرحلة • ولا يفوتنا بالطبع أن ننتبه الى الجوانب المختلفة والتى أمكن تصنيفها الى جسدية كما فى الامراض والعاهات ، ونفسية بمعنى كيفية تعامل الفرد مع المؤثرات المختلفة وكيفية استقباله لها ، واجتماعية بمعنى المؤثرات البيئية الاجتماعية •

٤ ــ التنبؤ : prognosis

لايخلو التشخيص المتكامل من اشارة الى توقعاتنا لتطور الحالة وعما اذا كانت هناك مؤشرات تشير الى امكانية تحسن الحالة من عدمه وذلك بالاخذ فى الاعتبار الظروف المحيطة والداخلية مجتمعة • فالطفل الذى يملك قدرات عقلية خارقة ورغبة قوية فى النجاح ويوجد فى أسرة تستطيع أن تكفل له ظروف النجاح غير الطفل الذى لا يملك كل هذا • واحتمالات التطور تختلف فى الحالتين •

٥ ــ التوصيات العلاجية : حيث أن الهدف من التشخيص هو معرفة ظاهرة الاضطراب وأسبابها من أجل التغلب عليها فان التوصيات العلاجية يجب أن تكون الجزء الختامى من الصياغة التشخيصية بعد فحص المريض ومقابلته • اذ أن الذى سوف يحدد نوع العلاج هو التشخيص بأبعاده المختلفة فالحالة التى تكون فيها العوامل المرسبة الخارجية واضحة سوف تحتاج الى علاج يرتكز حول احداث تغييرات فى البيئة أو ابعاد الفرد عن تلك العوامل بصورة أو اخرى (مثل ادخاله مستشفى أو التوصية بنقله من مكان الى آخر) بينما الحالات التى يتضح فيها أن العوامل النشوئية لها غلبة قد تحتاج الى تدخل من نوع آخر مثل العلاج

النفسى أو العلاج الطبى وقد يكون ذلك تدعيمى (مثل فى حالة ضعف الانا) أو استكشافى (بنائى) أو جذرى وكذلك يمكن التوصية بنوع وعمق العلاج النفسى حسب ما يصل اليه التشخيص فالحالات التى تتميز بضعف الانا ازاء رغبات ملحه من الغرائز قد تحتاج الى اتجاه فى العلاج يدعم الانا ويساعدها على التحكم فى الصراع باستخدام الوسائل الدفاعية الافضل فى تلك الظروف (وهو العلاج النفسى التدعيمى) supportive psychotherapy

بينما الحالة التى تكون فيها الانا قوية وتوجد فيها رغبة فى التعمق فى حل المشكلة جذريا ولديها القدرة على تحمل الالم والاحباط قد يفضل فيها العلاج النفسى التحليلى analytic psychotherapy (أو الاستكشافى أو الجذرى أو العميق) • وسوف نتعرض للانواع المختلفه من العلاج فى مكان آخر بالتفصيل •

ويجب أن تشير التوصيات العلاجية الى نوع العلاج المطلوب آخذين فى الاعتبار ما هو ممكن وقد يشمل هذا عدة خطوات واتجاهات مثل توصية بالعلاج بالعقاقير مع العلاج النفسى التدعيمى مع التوصية بمقابلات الاسرة مع الاخصائى الاجتماعى ومقابلات أخرى مع القائمين بالتعليم أو توصية بنقل الطفل الى مستشفى أو مدرسة خاصة •• الخ •

٦ ــ **المتابعة** : ان المتابعة هى الوسيلة الافضل للتأكد من صحة التشخيص بما فى ذلك التوصيات العلاجية وهى لهذا تدخل ضمن عملية التشخيص • فبواسطة المتابعة نستطيع مراجعة التشخيص أو اضافة أبعادا جديدة اليه كما يمكن التغيير فى خطط العلاج • وقد تتراوح فترات المتابعة من متابعة مستمرة طيلة الاربع وعشرين ساعة كما يحدث فى الحالات المطلوب ملاحظتها • ويقوم بهذه المتابعة فريق من المعالجين يشمل أفراد التمريض أساسا علاوة على غيرهم • وقد تكون متابعة يومية كما يحدث فى حالات العلاج النفسى المكثف على مستوى العيادة

الخارجية وقد تكون متابعة أسبوعية أو شهرية أو أكثر حسب الحالة • فالمتابعة قد تكون بواسطة فرد أو فريق من الافراد ولكن الافضل أن تتجمع فى ملاحظات يدونها المعالج الرئيس بعد جمع البيانات من اعضاء الفريق •

٧ ــ **الملخص الختامى** : بعد انتهاء العلاج لأى سبب كأن يكون المريض قد شفى تماما أو انتقل الى مكان آخر أو توفى فيجب على المعالج أن يلخص كل ما سبق لكى يسهل تدوينه والاطلاع عليه عند اللزوم • فاذا كان المريض قد انتقل الى منطقة مختلفة وبالتالى سوف يتابعه معالج آخر فسوف يلزمه ملخص الحالة أو قد يلزم مثل هذا الملخص فى حالة دراسة استطلاعية لعدد كبير من الحالات من أجل اجراء بحث علمى أواحصائى•

الفصل الثانى

تصنيف الاضطرابات النفسية فى الاطفال

نظرة عامة :

ان الهدف من التصنيف هو تخفيض الظواهر المتعددة الى ظواهر محدودة على أساس خواص عامة ومشتركة بين مفردات الصنف الواحد ، بحيث يصبح من الميسر اخضاع الظواهر المنفردة لقوانين عامة تسهل فهمها والتعامل معها • وفى الوقت ذاته يجب أن يسمح التصنيف بدرجة من التفصيل يسمح بالفصل بين الاصناف المختلفة • على سبيل المثال فاننا نستطيع أن نعمم بأن نجد خاصية مشتركة بين جميع الاضطرابات فى كونها جميعا تمثل حالة من التعثر فى التكيف بشكل أو آخر • فاذا ما سرنا فى طريق التحديد ميزنا العناصر التى يمكن أن تشكل تعثرا فى التكيف وصنفناها الى عناصر الجسد والنفس والمجتمع وعرفنا الاضطرابات النفسية بأنها تلك التى نستطيع وصفها أو ارجاعها الى عوامل يسهل تعريفها بالمفاهيم النفسية فان احتمالات الاضطرابات النفسية قد تدور حول المحاور الاتية :

١ ــ النفس والنفس :

حينما تنشق عناصر محدودة من النفس عن الكل ويشكو صاحب الشأن من آلام يصفها بالمفاهيم النفسية وتشير الى عدم رضا الشخص عن جزء منشق من نفسه • وهو لهذا متوافق نسبيا مع المجتمع ومع

جســـده ولا يطرأ عليه تغيير كمى يذكر أو تغيير كيفى اذ يبقى بنيـــانه متماسكا نسبيا • هذا ما نصفه عادة **بالاضطرابات العصابية** (شكل٢ــ١)



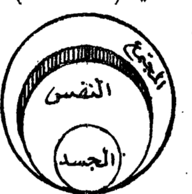
٢ ــ الجسد والنفس والمجتمع :

أما اذا كان الانشقاق أكثر شمولا بحيث يطغى الجزء المنشـــق على الاصل ويفقد الشخص توافقه مع نفسه وجسده ومجتمعه عـــلى السواء فينطمس صوت الشاكى بداخله لدرجـــة أن تأتى الشـــكوى مـــن المجتمع المحيط به فان التغيير يتحول الى تغيير كيفى ويفقـــــــد الشخص تماسك بنيانه ويصبح انشقاقه على نفسه جذريا • وهـــذا ما نصفه عادة **بالاضطرابات الذهانية** (شكل ٢ ــ ٢) •



٣ ـ النفس والمجتمع :

اذا كان الانشقاق بين النفس والمجتمع (مع وجـــود توافق بين النفس والجسد) فهذا يعنى أن الشخص راض عن نفسه ومتوافق معها ويتمتع بصحة بدنية ولكن المجتمع يشكو منه وهذا ما نصفه عـــادة بإضـــطرابات **الشخصـــية** (شكل ٢ ــ ٣) •



٤ ـ النفس والجسد :

اذا كان الاضطراب يظهر فى الجسد بســـبب عدم توافق نفسى أصلا ولكن مع الحفاظ على التوافق النفسى والاجتماعى الظاهرى • فان هذا هو ما يوصف عادة بالامراض السيكوسوماتية أو **النفسية الجسمية** (شكل ٢ ــ ٤) (واختـــلافه عن الامراض العضـــوية أن هـــذه الاخيرة تعبر عن عدم توافق بين الجسد والجسد بحد أدنى من تدخل العوامل النفسية والاجتماعية (شكل ٢ ــ ٥) •





٥ ــ النفس والمخ :

.. بما أن المخ هو الجهاز الرئيسى الذى يؤدى وظيفـــة الوعى فـــان الاضطرابات التى ينشأ عن خلل فيه يمكن التعبير عنها بانعـــدام أو اضطراب الوعى. • فاذا كان الخلل يشمل المخ عامه كما هو الحـــال فى حالات النقص أو التخلف العقلى فان الوعى محفوظ ولكنه محـــدود (شكل ٢ ــ ٦) واذا كان الخلل محددا بمناطق كمـــا هو الحال فى أكثر الاضـــطرابات المخية المزمنـــةفان الوعى يكون متقطعـــا أو متقبـــ







بينما فى الاضطرابات المخية الحـــادة فان الوعى كله يتشتت ويضـــطرب كيفيا وان كان لا يختفى تماما بالضرورة أو ينقص (شكل ٢ ــ ٨) •

هذا ما ينطبق على الاضطرابات النفسية بصفة عامة فاذا أضفنا

بعض الخواص فى الاطفال التى تستوجب بعض الاضافات وجدنا الاتى : ان الطفل مرن وحساس وسهل التأثر بما حوله بدرجة قد تجعله يبـدو مضطربا فى حين أن اضطرابه ازاء تغييرات البيئـة ما هو الا **استجابة صحيه** تزول سرعان مايزول الاضطراب البيئى • أما اذا زاد الاضطراب لدرجه وجود أعراض مرضية فاننا ننتقل الى مجال **الاضطراب التفاعلى** وهنـا فان الاضـطراب وان كان يطـابق الاضـطرابات العصـابية أو غيرها الا أنه لم يثبت فى تكوين الطفل النفسى ولم يزل من الممـكن اختفاؤه تلقائيا فور ازالة العوامل المرسبة • وأخيرا فان الطفـل سريع النمو والتطور وقد يتأخر أو يعجل فى انتقاله من مرحلة الى أخرى علاوة على ما فى كل نقلة من آلام مخاض فان هناك صنفا آخـر من أصناف الاضطراب وهو **اضطرابات النمو** وبهذا نـكون قـد اقتربنـا من التصنيف الخاص باضطرابات الاطفال الذى تزكيه جمعية ترقية الطب النفسى (الامريكية) Group for the Advancement of Psychiatry

وهو كالآتى :

١ ـ الاستجابات الصحية	Healthy responses
٢ ـ الاضطرابات التفاعلية	Reactive disorders
٣ ـ انحرافات النمو	Developmental deviations
٤ ـ الاضطرابات العصابية	Psychoneurotic disorders
٥ ـ اضطرابات الشخصية	Personality disorders
٦ ـ الاضطرابات الذهانية	Psychotic disorders
٧ ـ الاضطرابات السيكوفسيولوجية	Psychophysiologic disorders
٨ ـ الاضطرابات المخية	Brain syndomes
٩ ـ التخلف العقلى	Mental retardation
١٠ ـ اضطرابات أخرى	Other disorders

والمجموعات الرئيسية هذه تشمل بدورها عدة مجموعات أصـغر سوف نستعرضها ثم نعود اليها بالتفصيل فى فصول تالية :

١ ـ الاستجابات الصحية :

وهى تشمل ظهور أعراض ناتجة عن صراع مرتبط بأسباب طبيعية مثل ازمات التطور فى الاعمار المختلفة • وتقع غالبا فى مجموعتين واحدة تشمل ازمات ناتجة عن صراع مرتبط بالتطور بغض النظر عن الظروف والاخرى تشمل أزمات ناتجة عن وجود ظروف خارجية مؤثرة • وهناك بعض الظواهر قد لاتقع تحت هذا أو ذاك •

٢ ـ الاضطرابات التفاعلية :

وهى تشبه السابقة نوعا من حيث أن الاعراض يرتبط وجودهـــا بوجود مصدر للصراع بالخارج وان هذا الصراع لم يستدخل بعـــد فى نفس الطفل • الا أن الاعراض مرضية ومبالغ فيها وعميقة بالمقارنة مع الســــــابقة •

٢ ـ انحــرافات النمــو :

وهى تمثل المبالغة فى الاختلافات فى درجات النمو فى الاطفـــال وعادة تكون أسبابها بيولوجية تكوينية • على سبيل المثال : التأخير فى النمو أو النمو المبكر على مستوى الجسم ككل • أو التأخير فى جوانب معينة مثل الكلام أو الحركة أو الوظائف العقلية المختلفة أو الوظائف الجنســـــية •

٤ ـ الأضطرابات العصابية :

حينا تصل درجة الاضطراب التفاعلى الى أن يكون الصراع داخليا وغير مرتبط بوجود المؤثرات البيئية فان صورة العصاب تتكون • وتكوين الاعراض فى الاطفال عادة يفتقر الى الوضوح ويقترب منه كلمـا كبـر السن • وأنواع العصاب مشـــابهة لما هى عليه فى الكبـــار وهى تنقســم الى الآتى :

(أ) **القلق** : وهو الاساس الدينامى لأنواع العصاب الاخرى الا أنه فى حالة فشل الحيل الدفاعية فان كمية القلق تبقى على السطح وأحيانايكون القلق هو الظاهرة الرئيسية أو الوحيدة مما يكون صورة عصاب القلق ٠

(ب)**الرهاب أو الخوف** : وهو نتيجة محاولة لتحديد القلق فى موضوع بالذات بواسطة اسقاط واستبدال أو نقل الموضوع الحقيقى للقلق الى موضوع آخر بديل ورمزى ٠

(جـ) **الهستيريا التحولية** : وهى تحدث عندما تنجح الحيل الدفاعية فى تحويل القلق الى اضطراب فى أحد الاعضاء الجسمية التى تقع فى نطاق الوعى والارادة كالعضلات الارادية المختلفة فيصاب الفرد بشلل أو رعشة أو يكون التحويل الى وظيفة حسية فيفقد الفرد الاحساس فى جزء من جسمه أو تتوقف احدى حواسه ٠

(د) **الهستيريا الانشقاقية** : وهى تشمل الحالات التى يؤدى فيها القلق الى استخدام درجة من الكبت قد تصل الى عزل جزء متكامل من الوعى عن بقية الوعى فيؤدى الفرد حركات معقدة لا يتذكرها بعد أن يفيق من حالة الوعى المعنية كأن يتحدث أو يمشى وهو نائم أو كأن يسافر من مكان الى مكان أيضا أو كأن يغمى عليه نهائيا ٠

(هـ) **عصاب الوسواس** : يتصف بظهور أفكار قهرية لا يستطيع الفرد التحكم فى ظهورها بل تفرض نفسها عليه كلما حاول مقاومتها وقد تأخذ صورة أفعال قهرية كان يجد الفرد نفسه مضطرا للمس أشياء أو ترتيبها أو السير بطريقة معينة ٠

(ر) **الاكتئاب العصابى** : وأحيانا يعرف بالاكتئاب التفاعلى أو عصاب الاكتئاب وهو الذى يمكن تفسيره بواسطة العوامل النفسية

والبيئية الظاهرة علاوة على أنه يأخـذ صـورة أقل عمقا من الاكتئاب الدورى أو الذهانى •

(ز) **اضطرابات عصابية غير محددة** : ويستخدم هذا التصنيف حين لا يمكن تحديد الاعراض بالضبط أو تصنيفها حسـب أى من الفئـات السابقة وقد يشمل ذلك أعراضا مختلفة مثل كثرة الاهتمام بالجسم والمرض كما يشمل حالات العصاب الصدمى أى الذى ينتج عن اصابة أو صدمة نفسية أو جسمية حادة أو عنيفة •

٥ ــ اضطرابات الشخصية :

فى العصاب تبدو الاعراض غريبة عن الذات
ego — dystonic , ego — alien
فيرفضها الشخص ويشكو منها ويطلب التخلص منها • أما فى اضطراب الشخصية فان نفس الصراع الـذى أدى الى القلق ثم الى اعراض عصابية قد يؤدى الى تكوين سمات فى الشخصية تتسبب فى سوء التكيف لصاحبها وتسبب الضيق لمن حوله كما تسـبب له الضيق بطريق غير مباشر ، فهو لا يشكو من شخصيته لأن الاعراض ليست غريبة عن الذات كما هو الحال فى العصاب بل هى متوافقـة معهـا ego — syntonic • ولكن اضطراب شخصيته يسبب له سوء التكيف والتوتر المزمن فى علاقاته • وتختلف التصنيفات هنـا حيث أن هناك صعوبات فى وصف وتحديد معالم الشخصية بصـورة واضحة مثلما هو الحال فى الحالات المرضية • علاوة على أنه بالنسـبة للاطفال فان اضطرابات الشخصية لا تظهر الا فى سن متأخرة حيث أن الشخصية لا تتكون بصورة واضحة الا مع تقدم السن كما أنها غـير ثابتـة •

ويمكن فهم اضطرابات الشخصية حسب معيار درجة التناقض مع المجتمع (البيئة) مع الافتراض أن العنصر الاساسى الذى يميز اضطرابات

الشخصية عن غيرها هو أنها اساسا تمثل تناقضا بين الشخص وبيئته • فاذا أخذنا بالدرجة الاقل فى التناقض مع المجتمع فسوف نجد اضطرابات الشخصية التى تقابل حالات العصاب المختلفة ويفرقها عن العصاب ان الاعراض تتحول الى سمات متوافقة مع باقى عناصر الشخصية ولكنها غير متوافقة مع البيئة ويمكن وصف الانماط الآتية حسب مرحلة التثبيت (أو النكوص) بادئين بالمرحلة الاولى (الفمية ، الامان) •

(أ) **الشخصية المنعزلة :** isolated حيث يميل الطفل الى البرود العاطفى وخاصة تجاه الاشخاص بالمقارنة مع الاشياء وهى تقابل الشخصية الشبه فصامية schizoid فى الكبار •

(ب) **الشخصية المكفوفة :** inhibited والتى تتميز بالخجل الشديد والخوف من الظهور رغم شدة الاحتياج للدفء والاقتراب ولعلها الشخصية الاكتئابية depressive فى الكبار •

(جـ) **الشخصية الاعتمادية :** dependent وتتميز بالميل الشديد الى الاعتماد على الآخرين والتعلق بهم ، ولعلها تقابل نمط من أنماط الاكتئاب أيضا فى الكبار •

(د) **الشخصية الشكاكة :** mistrustful وتتميز بالشك فى الآخرين وعدم الانتماء وتقابل الشخصية البارانوية فى الكبار •

ويلاحظ هنا اقتراب فى السمات مع المرحلة الثانية (الاستقلال ، الشرجية) والتى يقابلها فى العصاب حالات الوسواس القهرى ويمكن وصف الشخصيات الاتية فى الاطفال فى المرحلة الثانية •

(هـ) **الشخصية العنيدة :** oppositional وتتميز بالميل والعناد والخلاف كوسائل أساسية للتعبير عن العدوان .

(و) **الشخصية الوسواسية :** obsessive والتى تبرز فيها السمات المختلفة المميزة للمرحلة لثانية وهى العناد والافراط فى النظـافة والدقة والنظام الخ •• ولعل نمط الطفل المثالى يمثل صنفا من هذه الفئة •

(ز) **الشخصية المفرطة فى الاستقلال** overly independent وهنـا يكون الاسـتقلال مبالغـا فيـه وسـابقا لأوانه ويخفى وراءه ميـلا شديدا للاعتماد •

فاذا ما انتقلنا نحو المرحلة الثالثة (المبادرة) والتى تقـابل حالات العصاب وجدنا اضطرابات الشخصية الآتية :

(ح) **الشخصية الهستيرية** hysterical وتتميز بالميل الى الزهو والمباهاة والاغواء الظاهرى وسرعة الانفعال •

(ط) **الشخصية القلقة** anxious وتتميز بالتوتر المستمر والخوف من المواقف الجديدة وبالاشارة الى درجة التناقض مع المجتمع فان هذه الانماط تقترب من حالات العصاب فى انها تمثل الدرجـة الاقل حدة فى التنـاقض •

فاذا ما انتقلنا الى الاتجاه المعاكس حيث حده التناقض مـع المجتمع هى الغالبة والتى يغلب فيها عملية التفعيل وممكن وصف الاصناف الاتيـة :

(ى) اضطرابات التوتر والاخراج tension — discharge **ويكون** اضـطراب السـلوك ظـاهر والوسـيلة الغالبـة هى التفعيل والافتقار فى تـكوين الشـخصية أسـاسا فى الانا الاعـلى الـذى لا يستطيع التحكم فى الغرائز وخاصة العدوانية منها • ومرة أخـرى على نفس المتصل الذى أشرنا اليه فهناك نوعان من الاضطراب فى هذه المجموعة :

الاولى وهى **الشخصية العصابية** ويكون التفعيل فيها ناتجـا عن صراع داخلى (عصابى) أساسا •

والثانية هى **الشخصية المندفعة** impulse — ridden حيث الصراع الداخلى بسيط أو معدوم وهى تقابل الشخصية السيكوباتية فى الكبار •

(ك) الشخصية المنفسخة عن المجتمع dyssocial

وهنا يكون الطفل متكيفا مع فئة محدودة من المجتمع (شلة أو جماعة دينية أو عنصرية منفصلة عن باقى المجتمع) ولكنه لا يتكيف مع المجتمع الاوسع •

(ل) الانحرافات الجنسية : sexual perversions وان كان الجنس فى الطفولة المبكرة يشبه الانحرافات المتعددة الشكل الا أن الاستمرار فيها بعد المرحلة الثالثة بصورة مبالغ فيها يمثل نوعا من لاضطراب •

٦ ــ الاضطرابات الذهانية :

أولا فى الطفولة المبكرة :

(أ) الذاتوية المبكرة فى الصغار early infantile autism وهى حالة أولية تبدأ فى الشهور الاولى وتتصف بانعدام القدرة على الارتباط وتكوين علاقات مع الاخرين وان كانت القدرة على تكوين العلاقات مع الاشياء لا تتأثر كثيرا • ومن ثم فان القدرة على الكلام تصبح محدودة •

(ب) الذهان الكفلى symbiotic psychosis وهى حالة تظهر بعد السنة الأولى بعد أن يكون الطفل قد نجح فى تكوين علاقة مع الآخرين وان كانت علاقة كفلية من حيث التعلق الزائد من الجانبين وتكون نتيجتها أن يقلق الطفل بصورة مبالغ فيها عند أى انفصال أو تهديد بالانفصال عن أمه وتظهر عليه أعراض عديدة تصل فى درجة شدتها التى تشكل الارتباك الذهانى •

(جـ) اضطرابات ذهانية أخرى وهى التى لا تأخذ شكلا من الاشكال المبينة أعلاه ، وقد تشمل بعض أوجه الشبه منها كلها .

ثانيا فى الطفولة المتأخرة :

(أ) الذهان شبه الفصامى : schizophreniform ويظهر بين سن السادسة والثانية عشر وقديبدأ فى صورة عصاب شديد ثم تظهر وسائل دفاعية بدائية تغطيه الصورة الذهانية وهى تشبه الفصام فى بعض الجوانب أهمها الانطواء والبرود العاطفى والذاتوية واضطراب التفكير وقلما توجد هلاوس نظرا لغنى الخيال عند الاطفال . كما تظهر اضطرابات سلوكية مختلفة وقلما تأخذ صورة محدوده ومبلورة مثل الفصام فى الكبار وعادة يكون الذهان محدود المده .

(ب) أنواع أخرى من الذهان فى الطفولة مثل الاكتئاب والهوس التى قلما تظهر بصورة واضحة فى الطفولة .

ثالثا : **فى المراهقـة :**

(أ) حالة الهذيان الحاد : وتتسم بالقلق الحاد مع اضطراب التفكير والاكتئاب والارتباك وتصاحب هذه الحالة مرحلة البحث عن الهويه عند المراهقين وما يصاحب ذلك من اضطراب فى معالم الذات وحدودها .

(ب) فصام ذهانى وهو لا يختلف كثيرا عن مثيله فى الكبار وتكون الغلبة فيه للصنف الحاد الذى لا يتصف بمعالم محدده الا أن الاصناف الاخرى التى توجد فى الكبار قد توجد هنا أيضا وهى البسيط والكاتاتونى والبارانوى والطفلى .

(جـ) اصناف أخرى من الذهان وقد تشمل بعض حالات توجد فيها أعراض هيستيرية أو اكتئابية أو اضطرابات الشخصية .

٧ ــ الاضطرابات النفسية الجسيمة (السيكوفسيولوجية) :

وتشمل هذا التصنيف الامراض التى يتأثر فيها الجسم عضــويا بالعوامل النفسية بواسطة تأثيرها على الجهاز العصبى اللاارادى وهــذا يفرق هذه الامراض عن الهستيريا التحولية التى يكون فيها التأثير عــلى مراكز التحكم فى الجهاز العصبى الارادى • ويمكن تقسيم هذه المجموعة على حسب الاجهزة الخاصة التى تتأثر كالاتى :

(أ) الامراض الجلدية : مثل بعض حالات الحساســية كالاكزيما والارتكريا وبعض حالات الثعلبة وحب الشباب ••• الخ •

(ب) الجهاز العضلى : أكثرها يتعلق بتغييرات حسيه (ألم) أو تشريحيه (ضمور أو تضخم) ناتجه عن تقلصات عضلية مزمنة •

(ج) الجهاز التنفسى : مثل الربو وبعض أنواع الحساسيه •

(د) القلب والدورة الدموية : ضربات القلب السريعة • وضــيق اوعية الدموية وما ينتج عنها •

(هـ) الجهاز الدموى : تتأثر كرات الدم بالحالة النفسية بل ان بعض أنواع سرطان الدم قد تبدأ بعد صدمة نفسية •

(و) الجهاز الهضمى : أهمها القرحة فى المعدة والتهابات المصران الغليظ كذلك بعض حالات الامساك والاسهال والمغص •

(ز) الجهاز التناسلى والبولى : بعض اضطرابات الخصــيتين واضطرابات فى عملية التبــو ل•

(ح) جهاز الغدد الصماء : مثل مرض السكر والغدة الدرقية •

(ط) الجهاز العصبى : بعض حالات الصرع واضطرابات النــوم واليقظة وبعض حالات الدوخة •

(ظ) الجهاز الحسى الخاص (الحواس) : بعض امراض العيون والاذن .

٨ ـ الامراض المخية (العضوية) .

وهى الامراض النفسية الناتجة عن اصابة أو تلف فى أنسجة المخ . وهناك اعراض مباشرة كاضطراب وظائف التفكير والذكاء والحكم على الامور والذاكرة كما أن هناك أعراضا ناتجة عن ظهور ما كان كامنا من اضطرابات فى الشخصية وقد تصل الى درجة الذهان . ويمكن تصنيفها الى مجموعتين : حادة ومزمنة كما يمكن تصنيفها على أساس آخر وهو : المصحوبة بذهان وغير المصحوبة بذهان .

(أ) الامراض المخية الحادة : وهى عادة تكون بسبب تأثير عوامل سمية كيمائية أو فيزيائية مثل الحرارة العالية أو الجفاف . وتتصف باضطرابات فى الوعى مع هذيان وهلاوس .

(ب) الامراض المخية المزمنة : وتكون نتيجة ضرر ثابت نسبيا فى خلايا المخ وتكون الاعراض أساسا فى القدرات العقلية مثل الذاكرة والتركيز والتفكير المجرد وغيرها كما تصاحبها اضطرابات فى الشخصية ناتجة عن شعور الفرد أنه مداهم بنقص وعجز لا حول له فيه ولا قوة كما أن من العلامات المنتشرة فى الاطفال اضطرابات فى السلوك صورة الحركة الزائدة والقلق والاندفاع .

٩ ـ التخلف العقلى :

تشتمل هذه الحالات المختلفة من التخلف فى القدرات العقلية بادئة بمجالات البين بين ثم الخفيفة ثم المتوسطة ثم الشديدة ثم العميقة . ويمكن تقسيمها الى مجموعتين :

(أ) **البيولوجية** : والتى تكون أسبابها فى التكوين الجسمى للفـــرد ولها أسباب ظاهرة كأن تكون هناك زيادة شديدة فى حجم الرأس مـــع ضمور المخ أو نقص فى الحجم بسبب اضطراب كيمـــائى يؤدى الى تسمم فى خلايا المخ ناتجة عن صدمة أو مرض مثل حالات الامـــراض المخية السابق ذكرها •

(ب) البيئة (الاجتماعية والحضارية) : وهى التى تكون نتيجـــة افتقار البيئة الى ما يثير وينمى القدرات العقليـــة وينتشر ذلك فى الاوساط الدنيا اقتصاديا وثقافيا واجتماعيا •

وهناك بالطبع الحالات التى يكون فيهـــا دور لكل من البيئة والبيولوجيـــا •

١٠ ـ اضطرابات أخرى :

ويوضع فى هذا التصنيف ما لا يمكن تحديده فى الفئات السابقة •

الفصل الثالث

الطفولة المبكرة

ان العنصر المشترك فى الاضطرابات النفسية فى الطفولة المبكرة هو أن شكل الاستجابة يتأثر بدرجة نمو الطفل • ان الطفل فى بداية حياته لا يملك معالم ظاهرة للشخصية رغم وجود عناصر الشخصية بصورة كامنة • وتكون الشخصية فى البداية أساسا من الغرائز التى تتمركز حول وظيفة الاطعام بينما وظائف الانا والانا الاعلى تقوم بها الام ،فهى التى تحمى الطفل من المخاطر وتلبى احتياجاته وتجعل التكيف مع البيئة ممكنا ، وهو لذلك يعتبر معتمدا اعتمادا شبه كلى على أمه مما يجعل استجاباته النفسية أقرب ما تكون الى ردود فعل لحالة الأم • الامر الثانى هو أن الوسائل التى يستطيع الطفل بواسطتها أن يعبر عن معاناته النفسية محدودة فهو يمركز وجوده حول فمه ووظيفة التغذية بالذات مما يجعل التعبير يستخدم هذه المجالات كأدوات ، أى ان الاضطراب النفسى الذى ينشأ هنا غالبا ما يأخذ صورة اضطراب فى التغذية • ومع نمو الطفل وظهور وظائف أخرى جديدة تتغير الصورة التى تأخذها الاضطرابات •

اضطرابات التغذية :

ترجع أهم أسباب اضطرابات التغذية فى الطفولة المبكرة الى موقف الأم ازاء وظيفة الامومة فقد تسعى للتحرر منها بأن ترفض عملية الارضاع وتلجأ الى الرضاعة الصناعية مما يثير التساؤلات حول الجوانب الضارة

لمثل هذا الأمتناع • ولهذا فهناك اتجاه للعودة مرة أخرى الى الرضاعة الطبيعية وقد لوحظ أن الطفل الذى يرضع رضاعة صناعية نظيفه ومنظمه أقل صحة من الطفل الذى كانت رضاعته الصناعية مصحوبه بالمناغاة والتدليل من جانب الأم ، الامر الذى يشير الى أهميه المشاركه العاطفيه من جانب الأم فى عملية الرضاعة واستمتاعها بها ، فالامر اذا ليس قضية الرضاعة الطبيعية فى مقابل الرضاعة الصناعية بقدر ماهو كيفيه الرضاعة والظروف المحيطة للعملية •

اذ بالرغم من أن عملية الارضاع الطبيعى من جانب الأم قد تكون مصحوبة بأحاسيس ممتعة الا أنه لأبد من الاخذ فى الاعتبار أن بعض الامهات قد يشعرن بالذنب بسبب هذا الاستمتاع وخاصة اذا ارتبط باثارة الشهوة الجنسية لديها • وفى هذه الحالة قد تكون الرضاعة الصناعية أفضل • كما يجب الاخذ فى الاعتبار العوامل الاقتصادية والاجتماعية التى قد تعوق قدرة الأم على ارضاع طفلها مثل الحاجة الى العمل وما يترتب على ذلك من غياب الأم عن طفلها فترات قد تطول • فعملية الرضاعة ليست مجرد اعطاء غذاء عضوى للطفل ولكنها تشمل اعطاء الطفل هذا الشعور بالامان الاساسى والاستمتاع من جانب الأم بالقدرة على العطاء واسعاد شخص آخر بتلبية احتياجاته • وهى عملية لا تنفصل عن موقف الأم النفسى من صراع الائتمان فى مقابل الشك بداخلها وكلما كانت آمنة ومطمئنة كلما كان ارضاعها فعالا ومغذيا • ولعل هناك حكمة من أفواه المجانين حينما يعبر الذهانى فى ضلالاته عن وجود السم فى طعامه فهو هنا يعبر عن حقيقة نفسية أساسها ان احساسه الطفلى فى الرضاعة ان أمه كانت تغذيه وقلبها لا يخلو من الحقد السام ، وكل ما هنالك أنه خلط بين الحقيقة النفسية المترسبة فى داخله وبين الحاضر •

وقد نجد اضطرابا فى موقف الام من الرضاعة كمظهر لمخلفات مشاكل المرحلة الثانية (الاستقلال) فالاهتمام بالدقة والمواعيد والنظافة من عدمه من المشاكل فى هذه المرحلة •فقد يكون موقف الأم منبعه أن النظام

أهم وأسبق من تلقائية الطفل ومن ثم فهى لا ترضعه الا بالميعاد الدقيق . وتفضل أن تتركه يصرخ ويبكى على ان تخل بالنظام . ومقابل ذلك نجد الام التى لا يكاد طفلها يفتح فمه حتى تضع فيه مالذ وطاب . وفى كلتا الحالتين سوف نجد اضطرابا فى شهية الطفل بل فى أسس شخصيته اذ انه حسب التكوين الاساسى للطفل نجد انه فى الحالة الاولى قد يصبح عنيدا او يتعلم أن الصراخ لابد منه لكى ينال مطالبه او قد يكون مستسلما فيتعلم ان لا جدوى من مقاومة النظام فيرضخ.وفى الحالةالثانية يتعلم ان مطالبه لابد ان تجب فورا وبدون أن يطلب اصلا فاذا كان عنيدا أصر على تحقيق هذا الوضع باستمرار او اذا كان مستسلما انسحب عند أول احباط .

ولهذا فلابد من ايجاد وسط الامور بالنسبة لتنظيم الرضاعه بحيث يتعلم الطفل النظام ولكن دون أن يكون ذلك على حساب تلقائيته . فمع وجود مواعيد للرضاعة يجب أن يكون هناك مجال لتعديل هذه المواعيد أو الاستثناء منها عند أول احباط .

الصور الاكلينيكية : ان الاسباب المذكورة أعلاه وغيرها مما لم يذكره تؤدى الى مظاهر مختلفة للاضطراب فى عملية التغذية ومنها الصور الآتيـة :

١ ــ **فقدان الشـهية :** حيث لا يتنـاول الطفل كميته المعتادة من الطعام أو يرفض الطعام نهائيا أو يبكى كثيرا عند تناوله . وهنا لابد من التأكد من خلو الطفل من الامراض العضـوية التى يكون فيها فقدان الشهية أحد الاعراض الرئيسية . وبغض النظر عن وجود مرض عضوى فلابد للفاحص أن ينظر الى العلاقة بين الطفل والأم فى ضوء ماذكر عن الاسباب فالعلاج يتوقف على التشخيص الدقيق للاسباب بتسلسل الأهمية وعلاجها . وفى هذه الحالة بالطبع فان العـلاج النفسى سـوف يتناول الأم فى المقام الاول وان كان يمكن أن يسـتدعى دخـول الاسرة ككل .

٢ ــ **القيء والارجاع :** وهنا قد يتناول الطفل طعامه ولكنه يرجعه أو يتقيأه ومن أسباب ذلك رغبة الأم فى تغذية الطفل بأكثر ممــا يحتــاج علاوة على الاهمال فى اعطائه فرصة للتجشــؤ وقد تكون هناك أســباب عضويه مثل ضيق أو انقباض فى ممر الجهاز الهضمى ابتداء من الفم ثم نزولا الى باقى أجزاء الجهاز • ولابد من فحص العــلاقات الاسرية فى جميع الاحوال •

٣ ــ **مص الاصابع وقرض الاظافر :** يلجأ الطفل الى مص أصابعه كبديل للثدى وهو يمثل جانب الاشباع الجنسى فى عملية التغذية ويقابل الاستمناء فى الكبار •

وهذه العادة تعتبر طبيعية فى الطفــولة المبكرة مادامت فى حــدود معقولة ولكن اذا اســتمرت الى المراحل التالية أو اذا كان هناك افراط فى ممارستها فان ذلك يشير الى اضطراب فى علاقة الطفل بعملية التغذية والتى تكون أمه آساسا فيها • وقد تعبر عن حالة احباط تجاه المصدر الخارجى للاشباع وهو الأم مع عودة الى الاشباع الذاتى بدلا من محاولة الاتصال بالآخر ، أى نكوص من علاقات الموضوع نحو النرجسية • ولعل قرض الاظافر يحوى عنصرا اضافيا غير اللذة الذاتية (الليبيدو) وهو عنصر الالم الذاتى (العدوان) حيث الطفل يمارس عملية القرض على نفسه بدلا من قرض الآخــر أى ثدى أمه ، وهــو بذلك يحقــق رغبتــين فى



قرض الأظافر : ألم أساسا - مص الأصابع : لذة أساسا

وقت واحد فهو يعبر عن العقوبة التى يؤديها لنفســه نتيجة لوجود مثل هذه الرغبات العدوانية وفى نفس الوقت يعبر عن الرغبة العـدوانية • فالظاهرة الواحدة تحوى الجريمة والعقاب كما انها تحوى اللذة والالم •

العــــلاج : يجب النظر الى العلاقة بين الام وطفلها كمصــــدر للاحباط الذى يؤدى الى هذا القرض وذلك بدلا من تركيز الاهتمام على عملية مص الاصابع فى حد ذاتها والسعى مباشرة الى منع الطفل من هذه العملية أو معاقبته أو وضع العقاقير المرة المذاق على أصابعه • وقد يؤدى هذا الاهتمام المباشر بالقرض الى نتيجة عكسية اذ أن الطفل سوف يجد فى التمسك بالقرض مصدرا لاشباع احتياجه للاهتمام به فرغم ان الاهتمام هنا بالسالب اى بغرض لفت النظر أو العقاب أو المنع فهو بالنسبة للطفل المحبط نوع من الاهتمام ، وهو أفضــل على أية حــال من الاهمــال أو اللا مبالاة •

٤ ــ **رفض الفطــام :** يتمسك الطفل بالثدى بصفته المصدر المريح للغذاء بدون جهد ومع ادخال الاطعمة الاخرى فانهاقد تبدو له فى البداية بمثابة الجسم الغريب فيرفضها الطفل الا أنه فى نفس الوقت وخاصــة مع بداية ظهور الاسنان ، يرغب فى أخذ الاشياء الأخرى بالفم •

ولهذا فان عملية الفطام تحتاج الى توازن دقيق بين رغبة الطفــل (والأم) فى الابقاء على الثدى والرغبة المضادة فى التخلى عنه تدريجيا • فاذا كان هناك استعجال أو تأخير لهذه العملية فان الاضطرابات المصاحبة للفطام قد تتفاقم وتؤدى الى اضطرابات فى الشهية أو الى قىء أو سوء هضم علاوة على توليد العلاقات السادوماسوخية بين الأم والطفل •فهاهو الطفل يتمسك بثدى الأم بأسنانه محافظا عليه فتتألم الام وتســحبه مما يشعره بالاحباط والخوف عليه فيزداد تمسكه به مرة أخرى مما يزيد الالم فى ثدى الام وهكذا تنشأ حلقة مفرغة •

العــــلاج : يتوقف على معرفة الاسباب وازالتها وهى أساسا فى علاقة الأم بطفلها •

ويجب الاخذ فى الاعتبار ضرورة التدرج فى فطم الطفل عن الثدى وتوفير البدائل بالاضافة الى حرمانه من الثدى •

٥ ـ **شهوة الطين** pica وهى ظاهرة لجوء الطفل الى أكل المواد غير الغذائية مثل الجير والطلاء والاخشاب والورق والفضلات • وأحد مخاطر انتشار هذه العادة تكمن فى ان الطــلاء الذى يســتخدم فى دهان الاسرة واللعب كثيرا ما يحوى على مادة الرصاص وهى مادة سامة •

واحيانا يكون الدافع وراء مثل هذه العادة عضويا مثل النقص فى الكالسيوم أو الملح الامر الذى يجعل الطفل يلجأ الى المواد التى تحتوى على العنصر الذى يفتقده فى غذائه (مثل الكاليســوم فى الجير) الا أنه كثيرا ما نجد هذه العادة فى الاطفال الذين يتناولون غذاءا كافيا ولعلنا نجد هنا اسبابا نفسية منها الرفض لثدى الأم الناتج عن احســاسه بأن أمه ترفضه فى المقام الاول ، أو قد نجد نزعات عدوانية تجاه الأم تجعله يريد أن يقرض الاشياء الصلبة التى يستطيع أن يتحكم فيها ويمتلكها على خلاف ثدى أمه الذى يسحب منه اذا عضه •

العـــلاج : يتوقف على معرفة الاسباب وازالتها كأن يعوض عن النقص الذى يعانيه فى غذائه عضويا وان يعوض نفسيا عن النقص الذى يعانيه من جانب أمه •

اضطرابات النوم :

ينتقل الطفل بالولادة من حالة نوم مستمرة الى حالة يقظة محدودة تسمح له بتناول غذائه ثم يعود للنوم •فحياته فى الشهور الاولى لاتعدو أن تكون تبادلا بين الاكل والنوم • ومع نموه فان حالات الوعى تزداد كميا وكيفيا وتقترب من مثيلاتها فى الكبار • ويعود هذا التغيير جزئيا الى التعليم فالأم تنظم مواعيد أكله ومداعبته بحيث تكثر فى فترات النهار وتقــل فى الليل فينشأ عنده الانتظام فى الدورة النهارية الليلية حيث يستيقظ نهارا وينــام ليــلا •

والاضطراب فى الشهور الاولى قد يأخذ صـــورة ارتباك فى هــذه الدورة فينام نهارا ويستيقظ ليلا ،وقد يعود ذلك الىسوء التعود منجانب الأمفقد توقظ الطفل فى الليل لمجرد انها متيقظة وتريد اطعامه أو مداعبته . وقد تتركه بدون عناية بالنهار لينام بغض النظر عن احتياجه للنوم ولكن لمجرد انها منشغلة عنه . وفى هذه الحالة فان الطفل لا يعرف متى سيجد أمه ومتى ستهجره وهل اذا نام واستيقظ سوف يجدها أم لا ، الامر الذى يجعله يخاف النوم . وفى المقابل الآخــر قد نجد الطفل الذى يجــد أمه بجانبه تداعبه كلما استيقظ وتبقى عليه متيقظا لكى تداعبه حتى ولو كان يحتاج للنوم . وفى هذه الحالة يتعود على الاشباع الفورى والمستمر ولا يستطيع مداعبة نفسه عندما يستيقظ فيبكى كثيرا الى أن تأتى أمه .

مواعيــد النــوم : وهنا أيضا يتدخل عنصر حضارى حول النظام من عدمه فالأم التى تخضع الطفل قد تتركه يبكى ويصرخ دون الاستجابة اليه لأن موعد نومه قد حان ويجب عليه أن ينام . بينما النقيض الآخر فى الأم التى تترك الطفل يسهر ويستيقظ كيفما شاء بدون نظــام . وخير الامور الوسط فى أن يتعلم الطفل النظام دون أن يتحول الى هدف فى حد ذاته ويؤدى الى قتل تلقائيته .

مكان النــوم : وهنا تظهر مشــكلة أخرى من المشــاكل المنتشرة والمتعلقة بنوم الاطفال وهى مكان نومهم فالطفل فى شهوره الاولى يحتاج أمه فى فترات متقطعة مما يستلزم وجوده فى حجرتها أو قريبا منها بحيث تستطيع الذهاب اليه عند اللزوم . ولكى تأتى بعد فترة نقطة تعارض بين احتياجات الأمومة واحتياجات الزوجية فالأم لم يعد فى مقدورها أن توفق بين كلا الاحتياجين مثلما قالها الشاعر الجاهلى :

«اذا مابكى من خلفها انصرفت له   بشق وتحتى شقها لم يحول» .

فالطفل مع نموه قد يزداد تمسكا بأمه ورغبة فى حرمانها من زوجها وقــد يعى علاقة الفراش بينهما على انها عدوان أو استيلاء من جانب الاب على

الأم الامر الذى يصيبه بالذعر والخوف ويترك فى نفسه انطباعا سلبيا عن العلاقة الجنسية • ولهذا يصبح من الضرورى على الأم أن تفصل بينهاوبين ابنها فى النوم فينتقل الى حجرة مستقلة • وقد تتعلل الأم بان الطفل هو الذى يخاف من النوم وحده وبعيدا عنها بينما تكون الحقيقة كامنــة فى خوفها هى من تركه أو خوفها من أن تكون مع زوجها وحـدها لما تحـوى علاقتها الجنسية مع زوجها من نزعات عدوانية أو شعور بالذنب ، فتتعلل بالطفل لكى تبتعد عن زوجها •

وقدرتها على الاستقلال سوف تنمى فى الطفل نفس القدرة ، الامر الذى يجعله يستطيع أن ينام مستقلا عنها ولا يخاف من فقدانها فهى قد طمأنته انها تركته يستقل ولكنها لم تهجره لتؤكد له ذلك بأن تحضر اليه فى الليل عندما يبكى وفى نفس الوقت لن تمكث معه طويــلا بل لابد وأن تعود لزوجها أو لنفسها وراحتها •

لا يفرق الطفل بين وجود الاشــياء ووعيه بوجودها فبالنســبة له الموجود هو ما يعيه والذى لا يعيه لا يوجد فهو اذا اغمض عينيه اعتقد أنه اخفى العالم وكثيرا ما نجد الطفل اذا اراد ان يختفى من شخص اغمض عينيه مثل النعامة أو دفن رأسه معتقدا ان الآخر أيضا لن يراه لأنه هو لا يرى الآخــر •

ومن هنا فان الظلام بالنسبة للطفل قد يعنى اختفاء العالم الخارجى والذى تمثل الأم عنصرا أساسيا فيه

فهو حين يســتيقظ فى الليل ولا يرى أمه فانه يعتقد انهــا اختفت ويعوضه عن ذلك احساسه بصــوتها أو بلمســها أو وجود نور خافت فى الغــــرفة •

الصورة الاكلينيكية : لعل فى حديثنا عن الاسباب اشارة الى صور مختلفة فى اضطرابات النوم وتستطيع أن نستعيدها هنا وهى :

١ ــ **عدم الانتظام فى المواعيد** او قلب الدورة النهارية الليلية • والعلاج قديستلزم فقط ارشاد الأم الا فى حالة وجود مشكلة نفسية أعمق

لديها حيث يلزم توجيهها للعلاج •

٢ ــ النــوم المتقطع : يســتيقظ الطفل كثيرا وفى غير مواعيــده وهنا لابد من التأكد من عدم وجود اسباب عضوية كالمرض بصــفة عامة أو الآلام الجسمية الناتجة عن اهمال فى النظافة أو الحشرات أو الجــوع أو عسر الهضم • ولابد من البحث عن نفس الوقت عن الاسباب النفسية فى علاقة الأم والطفل ، ومن مظاهرها ابقــاء الطفل فى نفس الفــراش أو الغرفة (وذلك بالطبع فى غيبة الضرورة الاقتصادية) •

٣ ــ الخــوف من الظــلام : وهنا أيضــا نعود الى العــوامل النفسيةفى علاقة الطفل بأمه واحساسه بعدم الطمأنينه •

٤ ــ الرعبالليلى والاحلام المزعجة : وهى تظهر فى مرحلة متقدمة نسبيا وهنا يستيقظ الطفل اثناء الليل فى حالة رعب دون ارتباط ذلك بحلم او تخيل واضح (الرعب الليلى) او فى حالة وجود هذا الارتباط (الحلم المزعج) ويشار الى كلتا الظاهرتين عادة باسم « الكابوس » •

اضطرابات الكلام :

يبدأ تعليم الطفل الكلام فى سن مبكرة فأمه تداعبه وتتحدث اليه منذ ولادته ورغم أنه لا يستجيب للالفاظ أو يفهم معناها•الا أنه يربط فى ذهنه بين عملية التكلم هذه وبين علاقته العاطفية بأمه • وكلما كانت تلك العلاقة آمنة وكان لها ارتباط بعملية التكلم كلما تيسر الكلام•ومن الناحية العضوية فان عملية التكلم تحتاج الى اكتمال فى الجهاز العصبى الذىيقوم بهذه العملية ويشتمل ذلك الحــواس التى تســتخدم فى تلقى الكلمــات اى السمع بدءا من الاذن والاعصاب الموصلة من الاذن الى المخ والمراكز السمعية فى المخ ثم الموصلة الى مراكز حفظ الكلمات (الذاكرة) ومنها الى مناطق النطق ثم فى المخ والاعصاب الموصلة منها الى عضلات الحنجرة والفم واللسان علاوة على الصدر والرئتين وغير ذلك من أعضاء •

الصورة الاكلينيكية :

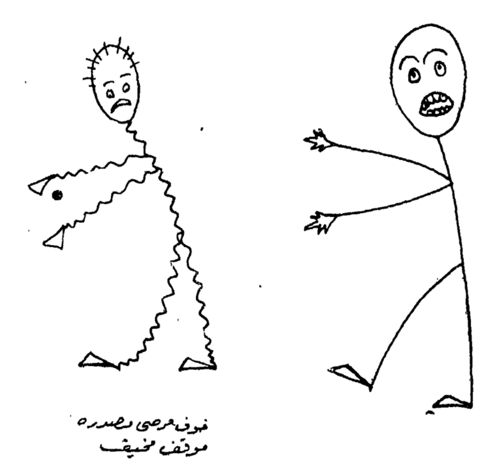
١ ــ **التأخر :** ويبدأ النطق بالكلمات عادة فى نهاية العام الاول وقد يتأخر لاسباب مختلفة ابتداء من الاسباب العضوية فى صورة تأخر فى نمو أى من الاجزاء التى يتكون منها الجهاز المتصل بعملية التكلم أو التأخر عامة فى النمو أو فى المخ خاصة (التخلف أو النقص العقلى) • وقد تكون العاهة فى مرض يصيب هذا الجزء أو الكل كما أن التأخر يمكن أن ينتج عن افتقار فى الاثارة والتعليم من جانب البيئة فاذا كانت الاسرة والأم بالذات قليلة الكلام والمداعبة للطفل وتميل الى العزلة والانطواء أو اذا كان الطفل معزولا عن الاطفال الآخرين أو منطويا لأسباب تكوينية أو نفسية فان ذلك يؤخر عملية تعليم الكلام •

٢ ــ **الافـــازيا :** aphasia هذه حالة يكون فيها عدم القدرة على استعمال اللغة نابعا من اصابة فى خلايا المخ ولا تشمل الحالات التى تكون فيها الاصابة فى الاعضاء الصوتية كما أنها لا تشمل الحالات الوظيفية وقد تكون افازيا حسية (عدم القدرة على فهم الكلمات) أو حركية (عدم القدرة على نطق الكلمات المقصودة) وهناك أنواع أخرى مثل الافازيا النحوية (عدم القدرة على تركيب جمل صحيحة) والاسمية (عدم القدرة على نطق الاسماء) •

٣ ــ **اضطرابات فى النطق :** وقد يأخذ صورة صعوبات فى نطق بعض الحروف كان تنطق اللام راء (اللثغة) أو يكون النطق غير مفهوم ويعرف بمرض التكلم lall tion

٤ ــ **العقلة واللجلجة** stammering, stuttering

وهى صعوبة تأخذ صورة التردد أو الجهد فى النطق أو التكرار لمقاطع الكلمات وهى واسعة الانتشار من السنة الثانية حتى الرابعة حيث أن



شـــــكل ٧ ــ ٢
الاســـتجابة الموقفية

وكما ذكرنا فان انحرافات النمو يمكن ان تكون فى المجال الكلى للنمو كأن يكون مبكرا أو متأخرا أو قد تكون فى مجال الوظائف الخاصة كالآتى : ــ

١ ــ **النمـــو الحركى** : مثلما فى مجال كمية الحركة عامة فى أتجاه البطء أو السرعة أو التوافق بين العضلات أو التغليب لليد اليسرى على سبيل المثال • وهناك ظاهرة الطفل المفرط فى الحركة heperkinetic والذى يجب أن نميزه عن حالات القلق •

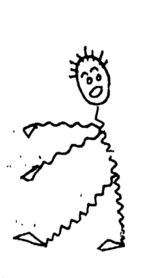
٢ ــ **النمو الحسى** : هنا نجد صـــعوبات فى اســـتقبال الحواس الجسميةأو الاجتماعية مما يؤدى الى المبالغة فى الاستجابة للمؤثرات أو قد تكون الاستجابة قاصرة أو غير منتظمة • وقد ينتج عن ذلك صعوبات فى النوم أو تبلد فى المشاعر أو سلوك نكوصى •

٣ ـ **نمــو وظيفــة التكلم** : نجد صـــعوبات التكلم مختلطة بالاضطرابات المختلفة مثل الذهان أو النقص العقلى أو الامراض المخية ولكن هناك صعوبات خاصـــة بنمو وظيفة التكلم بالـــذات دون وجـــود اضطراب نفسى أو جسمى آخر .

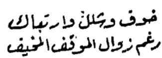
٤ ـ **نمو وظيفة المعــرفة** : قد نجد صعوبات فى التفكير التجريدى أو فى الحســاب أو فى القراءة والكتابة وقد تبدو لاول وهلة مثـــل النقص العقـــلى .

٥ ـ **النمو الاجتماعى** : تبدو مثل اضطراب الشخصية وقد تشـــمل أعراضا مثل الخجل المفرط أو صعوبات فى الاستقلال والافتراق عن الأم أو الاعتمادية المفرطة أو الانطواء .

٦ ـ **النمو الجنسى** : مثل التأخير أو التبكير فى البلوغ أو صعوبات فى التمييز الجنسى مثل الولد المخنث أو البنت المذكرة .



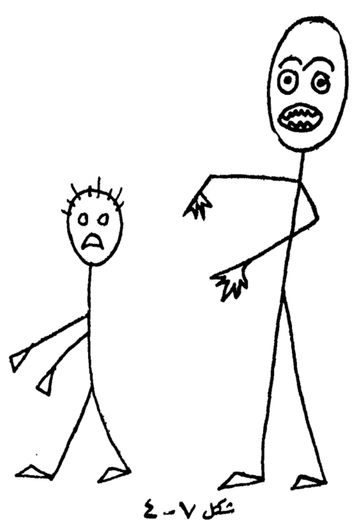




شـــكل ٧ ـ ٤
الاستجابة العصابية

٧ ــ **النمـــو العاطفى** : وهناك اختـــلافات فى اظهار الانفعالات أو ثباتهـــا كأن يـــكون الطفل متقلبا وسريع التغيـــير أو غير قادر عـــلى التحكم فى انفعـــالاته •

٨ ــ **النمو فى وظيفة التحكم** : وهى القدرة على التحكم فى الغرائز وقد نجد الطفل الذى لا يتحمل الاحباط أو الذى يلجأ الى الحيل الدفاعية البدائية مثل الانكار والاسقاط •



شكل ٧ ـ ٤
انحراف النـــمـو
خوف ظاهرى أو جزئى أو موقت

الفصل الخامس

الاضطرابات العصابية

اذا كانت الاستجابات الصحية والاستجابات الموقفية تمثل حالات اضطراب مؤقتة سرعان ماتزول بزوال العوامل المرسبة لهفان الاضطرابات العصابية تمثل حالة اضطراب أكثر دواما • ومن جانب آخر فان تلك الاضطرابات (الصحية والموقفية) تمثل صراعا بين الغرائز التى تتمثل فى الطفل فى تعارض مع البيئة التى تتمثل فى سلطة الابوين (وهى عادة نبدأ بسلطة الأم ثم تتركز فيما بعد فى الاب فى أغلب المجتمعات) • وهو صراع سرعان ما يزول بفصل طرفيه أى بابعاد الطفل عن تلك السلطة • بينما تختلف الحالة فى العصاب حيث أن هذا الصراع قد أصبح له وجود داخلى يمثل تلك الاطراف المتصارعة فى التركيب النفسى للطفل أى الغرائز أو الهو ضد الانا الاعلى (أنظر شكل التمثيل الداخلى) • ولعل هذا يفسر أيضا عنصر الدوام فى العصاب على خلاف عنصر الزوال فى الاستجابات الصحية والموقفية •

ونستطيع أن نصيغ تلك الحقيقة بقولنا أن العصاب يصبح ممكنا حينما يتكون لدى الطفل الجهاز النفسى الذى يسمح بوجود تمثيل لسلطة الابوين فىصورة الانا الاعلى والذى يجعللوجودهمافىحياة الطفل دواما يتعدى وجودهما الملموس • ويكتسب تصوره للسلطة أبعادا أكثر من مجرد التصور الجسدى لوالديه : انه أيضا يشمل تصورا ، ولو بدائيا ، لشخصيتهم وما معها من قيم وتعليمات وصفات • وهو بفضل هذه الذاكرة

يستطيع أن يبتعد عنهما لفترات أطول ، فهـو مطمئن أنـه لن يخـالف تعليماتهما فى غيابهما وأنه بالتالى لن يتعرض للمخـاطر أو العقوبات بل انه أيضـا سوف ينال المكافآت وذلك بواسطة ممثلهما فى جهـازه النفسى اى الانا الاعـلى •

ويحدث هذا التكوين للانا الاعلى من خلال عوامل نضوجية مرتبطة بنضوج الاجهزة التشريحية والفسيولوجية العضبية التى تسمح بقـدر من الذاكرة والتعلم كما تسمح بالحركة والتنقل اللتين تمكنانه من الابتعاد الجسدى عن والديه •وهو الامر الذى يحدث فى حوالى السنة الثالثة من عمر الطفل حيث يكون قد أتم تعلم التحكم فى عضلاته وخاصة فى مجالات المشى والكلام والعضلات القابضة التى تتحكم فى الاخراجات (البـول والبراز)• فهو الآن يستطيع أن يبتعد عن والديه لأنه مطمئن أنه لن يتلعثم فى الكلام أو يتعثر فى السير أو يلوث نفسه باخراجاته • ويستمر فى هذه الانجازات طيلة المرحلة الثالثة التى وصفناها •

وللانا وظائف أخرى فى العصاب علاوة على مساهمته فى تكوين الانا الاعلى فهو يمثل جمـاع الاطروحة بين صراع الغـرائز والانا الاعـلى فيوفق بينهما ويسمح لهما بالتعبير (المباشر وغير المباشر) والتفـاعل مع البيئة بواسطة الحيل الدفاعية المختلفة•فاذا ما نجح الطفل فى ذلك اصبح مثل جحا فى قصته الشهيرة حينما قال لطرفى نزاع ما أن كلاهما على حق ولما احتج آخر على هذا التناقض أضاف أنه أيضا على حق فى اعتراضه •

الا أن الانا لا يرتفع دائما بالضرورة الى مثـل هـذه الدرجة من التوفيق وكثير ما يكون دوره كدور المخلص فى المثل القائل « ما ينـوب المخلص الا تقطيع هدومه » وهى حالة العصاب بعينها (فاذا ما تقطع هو شخصيا فهى حالة الذهان) • فالعصاب اذن هو محاولة الانا للتوفيق بين طرفى صراع داخلى ولكنه توفيق غير مكتمل اذا أن الانا هو الآخر يصاب بانشقاق داخلى بحيث يصبح جانبا منه غير راضى عن الحل التوفيقى ،

وهذا هو الجانب الذى يشكو من النتيجـة الممثلة فى صـورة الاعراض العصابيه والتى يطلب الانا العلاج منها • ويضفى هذا على العصاب تلك الصفة التى تجعل الاعراض غريبة عن الذات وهو الامر الذى يختلف عنه فى حالات الذهان واضطراب الشخصية حيث تكون الاعراض متعارضة مـع الـذات •

فالعصابى اذا شخص منشق على نفسه ويصل هذا الانشقاق الى الوعى بحيث يستطيع جانب من الذات أن يشكو ويسـعى لتغيير الجانب الآخر والذى يشمل الحل التوفيقى (الاعراض) وهو انشقاق يمتد خلال حالة الوعى العادى وليس انشقاق بين الوعى واللاوعى كمـا فى حالات الذهان واضطراب الشخصية والاضطرابات النفسية الجسمية •

واذا كانت هذه القدرة (تكوين أنا أعلى يتصارع مع غرائز وتكوين انا يستطيع الانشقاق على نفسه والاغتراب عنها بوعى) تبدأ فى المرحـلة الثالثة من الطفولة فانها مثل أية بداية غير واضحة المعالم ، ومن ثم فان العصاب وان كان يبدأ فى الظهور فى هذه السن المبكرة الا أنه قلما يأخـذ الشكل الواضح للعصاب كما نعرفه فى الراشدين الا فى المرحلة الرابعـة (المثابرة ، الكمون) بعد أن يكون تكوين الانا الاعلى قد اكتمل وتحـول الصراع الاوديبى والثورة الغريزية فى اتجاه الكبت والعمل المثابر وسيطرة الانا الاعلى • بل أن ظهور الاعراض العصابية فى تلك المرحلة أمر شائع وعادة ينتهى وحده مع انتهاء تلك المرحلة •

أى أن الاسباب النشوئية للعصاب تنشـأ فى المرحلة الثالثة حيث الصراع بين الانا الاعلى والغرائز على أشده فى مقـابل محاولة الطفـل استكمال استقلاله عن أمه بأخذ المبادرة فى الابتعاد عنها واستكشاف بيئته دون معاونتها • ويشمل هذا اكتشاف وجود آخرين فى حياة أمه وأهمهم أبيه الذى يضع له الحدود ويمنع غرائزه من السيطرة وهذا هو جوهر الصراع الاوديبى المرتبط بالمبادرة والعلاقة الثلاثية • ولكن يجب ألا ننسى

أن النجاح فى المرحلة السابقة هو الذى يسمح للطفل بمجابهـــة الصراع الجديد بكل طاقاته وانه فى حالة وجود تثبيت عند مراحل سابقه فان الطاقة المتبقية لدى الطفل فى مواجهة الصراع الجديد تـــكون محدودة ومن ثم يزداد احتمال التثبيت فى المرحلة الجديدة • وبهذا يمكننـــا أن نفهم كيف أن العصاب كثيرا ما يكون محاولة دفاعية ضد النكوص الى الذهان •

ولعل العوامل التى تؤدى الى التثبيت عند تلك المرحـــلة تشـــمل ما يمنع هذا التطور الطبيعى للطفل • فاذا كان تعلق الأم بطفلها شـــديدا يمنعه من الابتعاد عنها والتعرض للصراع مع البيئة بما فيها من موانـــع فان الاشباع الغريزى الذى يجده فى ارتباطه بأمه يجذبه للنكوص اليه كلما واجه أية منافسة أو تحدى مع آخر فيما بعـــد • أما اذا كان تعلق الأم بطفلها على العكس أقل من احتياجه فان انعدام الثقة فيها وبحثـــه عنها يجعلانه يخاف من مواجهة الصراعات والاستقلال ويصبح مشـــتاقا الى مساندة أمه التى حرم منها • أى أن كلا النقيضين : الافراط فى التعلق أو الافراط فى الانفصال من جانب الأم قد يؤدى الى تثبيت عنـــد تلك المرحلة • ومن جانب الأب نجد الافراط فى نقيضى التحكم أو التســـامح قد يدفع الطفل نحو أمه خوفا من أبيه أو قد يبالغ فى حبه لأبيه والتوحد معه لتجنب عقابه الذى يأخذ صورة حرمان الطفل من مميزاته الجنسية والتى تسبب ذلك الصراع من أجل الابقاء على الاب أو الام وهو عادة يترجم الى الخوف من الخصـــاء •

أما من حيث الاسس الدينامية فقد ســـبق أن أشرنا الى أغلبهـــا ونستطيع أن نلخص القول بأن العوامل المرسبة فى حالات العصاب تثير مخاوف قديمة فاذا عجز الانا عن مجابهـــة الواقع فانه يعود (نكوص) الى المرحلة السابقة التى توقف عندها (تثبيت) وهى فى حالة العصاب المرحلة الثالثة (المبادرة ، الاوديبية) • وفى الاغلب فان تلك العـــوامل المرسبة تكون ذات طابع متشابه مع صراعات تلـــك المرحلة كأن يكون

الشخص مرتبطا بعلاقة ثلاثية وما بها من تنافس أو عن طابع التهـديد بفقدان ميزة (الخصاء) •

الصورة الاكلينيكية للعصاب عادة تتبلور فى نهاية المرحلة الثالثـة وبداية الرابعة وتكون الاعراض غريبة عن الذات أى مصحوبة بانشـقاق فى الوعى كما أنها وان كانت تعرقل الانا عن التكيف واختبار الواقـع الا أن الانا يبقى على اتصال ما بالواقع وعلى درجة من التماسك والقدرة على تحمل الالم الناتج عن الصراع ، والذى يأخذ صـورة القلق ازاء التهديد بالاذى أو الاكتئاب عند حدوث الاذى فعلا • هـذا التحمـل يتيسر بواسطة استخدام الحيل الدفاعية والتى تنتـج عنهـا الاعراض المختلفة فى العصـاب •

القـلق :

يمثـل عرض القـلق عنصرا مشـتركا فى أغـلب الاضـطرابات النفسية فالقلق هو المؤشر الاول لوجود صراع يهدد الذات وهو الـذى ينبه الانا وينذره فيجمع ما لديه من حيل دفاعية لتخفيف حدة القلق وهو فى أعراضه عبارة عن وعى الذات بالخوف ازاء التهديد بالخطر ، أى توقع حدوث ما هو غير مرغوب فيه بالمقارنة مع انفعال الاكتئاب حيث يصبح التهـديد واقـع •

الا أن هناك درجات ومستويات من القلق تكاد تـكون اختلافات نوعية فالقلق العصابى يختلف عن القلق الذهانى بصوره المختلفة (وهى أساسا القلق الاكتئابى depressive anxiety أو القلق الاضطهادى persecutory anxiety حسب وصـف ميلانى كلاين) • القـلق العصابى يمثل درجة أخف من الخوف لا تمس كيان الفرد فى أعماقه اذ أن أعمق مستويات القلق هو ذلك الذى يهدد الوعى بالوجود ذاته وهو قلق المرحلة الاولى (ولعله أكثر بدائية من القلق الاضطهادى المشـار اليه ويمكن تسميته بالقلق الفصامى) والمستوى الذى يتلوه هو القلق حول

فقدان الوجود المستقل (المرحلة الثانية) أى القلق الاكتئابى بينما يدور القلق العصابى حول التميز ازاء طرف ثالث • أو ذا استخدمنا لغة تصور الجسد فان القلق البدائى يدور حول وجود الجسد ثم يرتقى الى وجود الجسد ككيان مستقل ثم الى وجود الجسد ككيان متكامل لا تنقصه ميزة (أو بعبارة تحليلية بدون خصاء) وبالتالى قابل للتفضيل عند المقارنة مع آخر • ولعل هذا الوعى بالتكامل والافضلية يرتبط أول ما يرتبط بالوعى بالفروق الجسدية الواضحة بين ندين (الاب والام أو الاخ والاخت) الا وهى الفروق الجنسية • فالقلق فى هذه المرحلة يرتبط اذا بتلك الفروق وهى الاعضاء التناسلية • ولذا فهو قلق خصائى بالمفهوم التحليلى ويتميز بأنه يدور حول الخوف من فقدان موقع الافضلية لدى الموضوع وليس فقدان العلاقة بالموضوع تماما • بينما فى القلق الذهانى يدور الخوف حول فقدان الموضوع (القلق الاكتئابى) بل وفى الحالات البدائية حول الوعى بالوجود ذاته أى الانا والقلق والفصام ولذلك فمن صفات القلق العصابى أنه يدور عادة حول موضوع جنسى •

ومن الناحية الجسدية نستطيع أن نرى استجابة الخوف التى تسبق مجابهة الخطر اما بالقتال أو بالهـرب (fight — flight) فالجسـد يستعد اذا ويجند قدراته لهذه المجابهة وينشط الاعضاء المختلفة بواسطة اثارة الجهاز العصبى السيمبتاوى فتنشط الدورة الدموية وتزداد سرعة القلب وقوة ضرباته ويرتفع ضغط الدم ويتحول الدم الى العضلات دونا عن الاجهزة الهضمية وتزداد العضلات توترا وترتعش وينصـب العرق من الجلد ويقف الشعر كله ضمن الاستعداد لمجابهة الخطر •

الصورة الاكلينيكية : كلما صغر سن الطفل كلما قلت قدراته على وصف المشاعر بالكلمات ومن ثم كان تعبـيره عن القلق يميـل للتعبـير السلوكى والحركى أكثر منه للتعبير بالكلام أو الشكوى من الاحسـاس بالقلق ، فنجد الصورة المميزة للقلق لدى الطفل هى كثرة الحركة وعـدم الاستقرار وتشتت الانتباه وسرعة التقلب وعدم المثابرة ، الامر الـذى

قد يؤثر على قدراته الدراسية ويؤدى الى هبوط فى مستواه أو قد يؤثر على سلوكه مع زملائه ومدرسيه بصورة تثير شكواهم منه • وفى هـذه الحالات قد تختلط الصورة مع ظـاهرة مشـابهة وهى ظـاهرة الفرط الحركى hyperkinesis وهى عادة مرتبطـة بوجـود عيب خلقى أو عضـوى فى الجهـاز العصبى •

علاوة على ذلك فاننا نجد بعض الاضطرابات الفسيولوجية مثـل الاضطراب فى النوم ، فقد يجد الطفل صعوبة فى بدء نومه وقـد ينـام ويصحو خائفا بعد بداية النوم أو فى وسط الليل بسبب حلم مزعج أو بدونه • كذلك قد نجد اضطرابات فى الشهية للاكل كأن يرفض الطفـل الطعام أو يتعجل أكله وقد تكون هناك اضطرابات فى الهضم تؤدى الى تقلصات معوية واسهال واضطرابات فى التحكم فى المخارج وكذلك مظاهر لاثارة الجهاز العصبى السيمبتاوى مثل سرعـة النبض وكثرة العـرق والرعشة والاضطرابات الهضمية • وقد يأخذ عصاب القلق صورة الحالة المزمنة والمستمرة أو قد يأخذ صورة نوبات قلق أكثر حدة ومحدودة زمنيا وقد تصل فى حدتها الى درجة الرعب •

الاسس الدينامية : تتمثل فى وجود عوامل مرسبة فى البيئة تفوق قدرة الانا على استيعابها أو التحكم فيما اثارته من دوافع غريزية كانت راكدة علاوة على دوافع مضادة من الانا الاعلى • فقد يكون الانا أعجز من أن يتحكم فى الدوافع أو قد يكون العامل المرسب أقوى من قدرته • كما أن العيب فى الانـا قـد يـكون فى نقص طاقتـه عـلى تحمـل الاحباط frustration tolerance وفى جانب الغرائز قـد نجـد زيادة كمية فى الغرائز (الجنسية أو العدوانية) المكبوتة التى تثار بسهولة فتداهم الانا بحجمها وعنفها الامر الذى يعيه الانا فى صورة خوف من عدم التحكم فى الغرائز وما ينتج عن ذلك من عقاب من جانب الانا الاعلى

الذى يكون بالتالى متضخما ازاء النزعات الغريزية علاوة على اتسامه بالبدائية والقسوة •

الاسس النشوئية : أشرنا الى تلك العوامل فيما سبق وهى تتلخص فى أن القلق العصابى مرتبط أساسا بالمرحلة الثالثة حيث المبادرة من جانب الطفل وما يقابلها من خوف من فقدان الأم ومعها الصراع الاوديبى وما يصاحبه من خوف من أن يفضل آخر على الطفل أو ما قد يناله من عقاب (خصاء) فى حالة انتصاره • وقد ينتج التثبيت فى هذه المرحلة عن الافراط فى الحماية أو العقاب من جانب الاب أو الام على السواء ، أو عن الخبرات الصدمية التى قد تحدث فى تلك المرحلة فتؤكد مخاوف الطفل كأن يفقد أحد أبويه أو كأن يصاب بحادث أو مرض أو تجرى له عملية جراحية •

كما يجب ألا نغفل العوامل العضوية الوراثية التكوينية اذ أن هناك ارتباطا بين طبيعة الجهاز العصبى والاستجابة المرضية فالعصابيون بصفة عامة يميلون الى الانطواء حسب تصنيف آيزنك (Eysenck) وان كان مريض عصاب القلق أقل ميلا الى الانطواء من غيره •

الاكتئاب :

كما يعتبر القلق حالة انفعالية أولية تكون مصاحبة أو سابقة لحالات العصاب والذهان المختلفة فان الاكتئاب هو الآخر يعتبر حالة انفعالية أولية مصاحبة أيضا لحالات العصاب والذهان وان كانت طبيعته مختلفة عن طبيعة القلق •

ولعل اختلاف الاعراض النفسية والجسمية المصاحبة لهاتين الحالتين الانفعالتين لهو الدليل على ذلك ، وان كان هذا لا يمنع تواجدهما سويا أو فى تداخل • وقد أشرنا الى الفرق على المستوى الوجودى بين القلق والاكتئاب فى أن الحالة الاولى تعنى الخوف من فقدان الشىء بينما

الحالة الثانية تعبر عن الحالة الوجدانية الناتجة عن تحقيق هذا الفقدان وهى حالة هبوط وحزن وتحويل الاهتمام من الخارج الى الداخل.

وكما أننا فرقنا بين القلق كحالة وجدانية أولية وبين عصاب القلق فاننا هنا أيضا نفرق بين :

الاكتئاب كحالة أولية وبين عصاب الاكتئاب (depressive neurosis ;
وأحيانا يشار اليه بالاكتئاب العصابى (neurotic depression)
وأحيانا بالاكتئاب التفاعلى (reactive depression)

فالاكتئاب مثل القلق يصاحب غالبية الاضطرابات العصابية (كما أن الاكتئاب الذهانى يصاحب أيضا الاضطرابات الذهانية) • ولكننا حينما نتكلم عن الاكتئاب كعصاب فاننا نميز مجموعة من الاضطرابات العصابية يكون فيها الاكتئاب كحالة انفعالية هو المكون الاساسى للصورة الاكلينيكية •

واذا كان الظن أن الاطفال يفتقدون القدرة على تحمل الحالات الوجدانية المؤلمة مثل القلق والاكتئاب ويميلون للتفعيل وتكوين الاعراض كتعبير عن تلك الحالات الوجدانية فان هذا لا يمنع ظهور تلك الحالات الوجدانية كعنصر بارز فى الصورة الاكلينيكية •

فعادة يأخذ التعبير عن حالة الاكتئاب فى الاطفال الصغار صورة فقدان الشهية أو رفض الطعام أو القىء والامساك بالتبادل مع فقدان التحكم فى المخارج أحيانا والهبوط فى الحركة والنشاط والحيوية مما يؤدى الى اضعاف مقاومة الجسد للمرض ويعرض الطفل للامراض العضوية علاوة على الامراض النفسية الجسمية • وعلى المستوى النفسى نجد فقدان الرغبة والتعامل مع الآخرين وفقدان الاهتمام بالبيئة بصفة عامة والحزن والبكاء الكثير • وقليلا ما يصل الاكتئاب الى درجة ذهانية تؤدى الى الانتحار وان كان الموت قد يحدث نتيجة لفقدان الحيوية والتعرض للامراض وهناك حالات قد وصفت فى صغار الاطفال تحت عناوين

anaclitic depression) أى الاكتئاب الاتكالى ، وحالات اكتئاب أخرى وصفت فى الاطفال الذين يفصلون عن أمهاتهم فى سن مبكرة نتيجة موت أو مرض أو ظروف مشابهة لأى من الطرفين مثل دخــول مستشفى فترة طويلــة hospitalism) •

ومع نمو الطفل نستطيع أن نشاهد مظاهر مباشرة لحالات الاكتئاب وتزداد وضوحا فى سن المراهقة • فيستطيع الطفل أن يعيش خبرة الحزن ويعبر عنها بالكلام بدلا من الفعل والتعبير الجسدى • ولعلنا نجــد هنا بوادر الاحساس بالذنب (guilt) والاحساس بفقدان قيمة أو قدر الذات loss of self — esteem والاحساس بالســأم والملل وفقدان معنى الحيــاة والتشــاؤم •

الاسس الدينامية : على المستوى الجسدى فقد تؤدى أى اصابة أو مرض يصيب الجسد الى الاكتئاب فالاصابة الجسدية كخبرة ذاتية قد تؤدى لأن يشعر الطفل أن جسده فقد قيمته ولعله يعى هذا كعدوان أو كعقوبه مضادة لرغباته الذاتية فى العدوان • وتزداد حدة هــذا الشعور بالعقاب حينما يكون الغضب موجها نحو موضوع حب يعتبره الطفل فى الوقت ذاته مصدر هذه العقوبة •

وكذلك على المستوى البيئى فقد يعى الطفل أى فقدان لمصدر الحب كأن تتركه أمه بسبب مرض أو وفاة أو طلاق أو تغضب منه وتســحب اهتمامها به وكأنه عقوبة أو عدوان مضاد الامر الذى يزيد احباطه وغضبه من موضوع حبه • ونظرا لأن الطفل مازال يعتمد فى وجوده على موضوع حبه (اذ أن العلاقة أساسا هى علاقة أعتماد فى المقام الاول) فهو يدفع تلك الرغبات العدوانية الموجهة ضد الابوين بأن يحولها الى الداخل وهى وسيلة دفاعية معــروفة باسم تحــويل العــدوان الى الــذات أو الى الداخل
retroflexion, turning aggression inwards ... against the self

ويساعد فى هذه العملية الدفاعية عملية أخرى يدخل بواسطتهــا الطفــل

موضوع علاقته الى داخله وان كان وجود هذا الموضوع يظل كجسم غريب وبالتالى فهو فى صراع مع بقية وجوده ، وهذا ما نصفه بعملية الاستدماج (introjection) التى تساهم فى تكوين الانا الاعلى بواسطة وجود موضوع العلاقة فى الداخل فيمارس الطفل صراعه مع الموضوع داخل نفسه ليتجنب فقدان الموضوع الخارجى أو ايذاءه •

الاسس النشوئية : ان الاستعداد التكوينى الوراثى لدى الطفل هو الارضية الاساسية التى تتفاعل معها العوامل المرسبة سواء الجسدية أو النفسية أو الاجتماعية ولعل أطباء التوليد وأطباء الاطفال يفطنون الى حقيقة الاختلافات التكوينية النفسية عند الاطفال كأن يكون الذهانيون أكثر ميلا الى الانطواء والمقارنة مع العصابيين ، فهم فى استجاباتهم للمؤثرات البيئية يميلون الى تغيير الذات autoplasticity من أجل التكيف بدلا من تغيير الآخر أو الخارج alloplasticity • ويتضح ظهور الاكتئاب كمرحلة طبيعية فى نمو الطفل فى النصف الثانى من المرحلة الاولى والتى وصفتها ميلانى كلاين بالموقف الاكتئابى depressive position وفى هذه المرحلة يجابه الطفل أيضا مشكلة تكوين علاقة ثقة وأمان مع أمه ويبدأ بالوعى بها كجزء منفصل عنه يمنح ويمنع • وربما تساهم الخبرات الصدمية سواء أخذت صورة الحرمان الزائد (فقدان الأم لسبب أو آخر أو امتناعها عن الطفل) أو الاشباع الزائد ، فى التثبيت عند هذه المرحلة الامر الذى يجعل من عملية النكوص اليها أمرا مغريا عند أى احباط يحدث فيما بعد •

الا أن الاكتئاب العصابى لا يصل فى عمقه الى هذه المرحلة وان كان التثبيت عندها أو النكوص اليها له دوره • فالاكتئاب العصابى يقف عند حد المرحلة الثالثة حيث يكون الطفل قد أطمئن على وجوده (المرحلة الاولى) وعلى وجوده المستقل (المرحلة الثانية) وتوقف عند المرحلة الثالثة حيث تعتمد قيمته الذاتية على تفضيله على طرف ثالث وعلى

تماسكه كذات وكجسد • ويكون القلق من فقدان هذا المركز قــد تحول الى اكتئاب لأن الفقدان (الاذى) قد حدث فعلا • ونظــرا لبدائية وعى الطفل فى هذه المرحلة فان نواة الانا الاعلى التى تتكون هنا تأخذ صورة الكيان البدائى الذى يتصف بالتطرف فى تفاعلاته • فهو قاس فى عقــابه ويستجيب للرموز اللاشعورية لا للواقع فيبالغ فى تشويه الواقع • ولعل مصدر هذه القسوة هو أن الجهاز المقابل (أى الغرائز أو الهو) أيضــا يتصــف بالبــدائية والتطرف •

أى أننا نستطيع أن نتصور أن هناك جوعا شديدا الى الحب مع ميل شديد للعدوان يقابله التطرف المقابل وهو ميل شديد للاحباط وتحــكم مبالغ فيه فى العــدوان •

الــرهــاب : phobia

ان القلق كحالة وجدانية تعم وجود الفرد لهو حالة يصعب تحديدها وتجنبها ، والفرد يسعى بواسطة الحيــل الدفاعية الى هــذا التجنب والتحديد • ولعل ما يعرف بحالات الرهاب أو المخاوف أقرب ما تــكون للقلق المباشر ففى هذه الحالات يتحدد الخوف بأن يتركز حول موضوع بعينه ويمكن للفرد أن يتجنبه الا أن هذا التحديد والتجنب كثيرا ما يفشل ويبدأ الطفل عملية تعميم ينتقل بعدها من الخوف من الموضوع ذاته الى الخوف من كل مايتصل بهذا الموضوع ، وهذه العملية تمثل نوعا من الجذب الى العودة الى حالة القلق الشامل التى تجنبها الطفل فى الاصل • ومواضع الخوف عديدة وتسمى حالات الرهاب المختلفة حسب موضــوع الخوف ولعل أشهرها الخوف من الاماكن العاليــة والمخــاوف من الحيــوانات والحشرات المختلفة ومن القذارة والمرض والموت • ويجب أن نفرق بين الرهاب بمعناه الدفاعى المرضى وبين الخوف الطبيعى الذى ينبنى على وعى الطفــل بضــعفه وحرصــه عــلى سلامته بأن يتجنب ما يعــرفه ولا يألفــه •

الصورة الاكلينيكية : ان العنصر المشترك فى جميع حالات الرهاب هو هذا الميل الى تحديد موضوع الخوف بحيث تختفى الاعراض فى غياب الموضوع المثير • وعند ظهور الموضـوع المثـير فان اعراض القلق التى ذكرناها تظهر مع وجود الرغبة فى الهرب من موضوع الخوف فى حالات الخوف من الحيوانات منتشرة بين الاطفال فى سن الثالثة الى الخامسة ولكننا نعتبرها مرضية حينما يكون الخـوف مبالغا فيـه ويؤدى وظيفة رمزية لاخفاء موضوع الخوف الكامن مثل حالة هانز الصغير التى وصفها فرويد • ولا ننسى أن نضيف هنا الخوف من العفاريت والظلام وكذلك الخوف من الحشرات والثعابين وهى كلها ذات دلالة رمزية وكثيرا ماتخفى وراءها مخاوف من مواضيع الحب الاولية مثل الام والاب •

وفى حالات الخوف من المدرسة نجد الطفل يرفض الذهاب اليهـا واذا ذهب فانه يبكى ويرفض حتى يعاد الى المنزل • وقـد يتحـول هذا الرهاب الى اضطراب سلوكى فى صورة الهروب من المدرسة أو قد يأخذ صورة عدم الانتباه والفشل فى الدراسة • وهذا النوع من الرهاب يحدث فى حوالى سن الخامسة أو السادسة أما الخوف من الموت فان ذلك قلما يحدث بصورة واضحة قبل سن الثامنة وذلك لأن تصـور الطفل للموت لايكتمل قبل هذه السن ، وحين يحدث ذلك فانهيكون مصحوبا بحالة خوف مبالغ فيه فقد أيقن الطفل أن الموت هو حدث لا رجعة فيه •

وقد يأخذ صورة الخوف على شخص قريب لـه من الموت أو قـد يخاف أن يموت هو وخاصة عند الدخول فى النوم اذ أن النوم بالنسـبة له يعنى فقدانا للوعى وللوجود وقد يخشى أن يكون هذا الفقدان بلارجعة فيخاف النوم بالتالى •

الاسس الدينامية : يكون حدوث الرهاب فى المرحلة الرابعـة أى سن الكمون مصاحبا لنمو الانا الاعلى واكتماله وكذلك لقدرة الطفل على استخدام الحيل الدفاعية اكثر تعقيدا والتى تحتاج هى الاخرى الى نمو

قدرات الانا الدفاعية • فهو يبدأ ومحاولة الكبت repression للصراع الا أن هذا لا يكفى فيلجأ الى النقل أو الازاحة displacement والاستبدال symbolizaton بأن يحول موضوع الخوف الاصلى الى موضوع آخر فبدل الخوف من الاب مثلا فهو يخاف من حيوان ما وبدلا من الخوف من الخصاء فهو يخاف من عضة هذا الحيوان •كما أنه يستخدم الترميز symbolization بأن يجعل موضوع الخوف الجديد يرمز الى موضوع الخوف الاصلى • ونجد عملية الاسقاط PROJECTION فى تحويله لرغباته هو الى رغبات للموضوع الذى يخاف منه ، فبدلا من أن يشعر أنه يريد أن يعتدى على أبيه مثلا فهو يسقط هذه المشاعر ويعتقد أن أباه هو الذى يريد الاعتداء عليه • وتسبق عملية الاسقاط هذه أو تصاحبها عملية الانكار denial فهو ينفى رغبته فى الاعتداء على أبيه أو يؤكد أنه يحب أبيه ويستطيع أن يؤكد ذلك لنفسه بأن يتصور أن موضوع خوفه أو عدوانه هو الموضوع الرهابى وليس أباه •

ونجد عامل التعلم يتدخل فى اختيار الطفل لموضوع خوفه فاذا حدث أن أثيرت المخاوف فى الطفل وارتبطت زمنيا أو مكانيا بوجود موضوع ما فقد يربط بين هذا الموضوع وبين مخاوفه وخاصة اذا كان هذا الموضوع هو أيضا ما يخيف الكبار من حوله وكان له بالاضافة الى ذلك معنى رمزى •مثلا اذا نهرت الام طفلها وهددته بالعقاب وصادف أن ظهر فى الافق كلب غريب ، وخاصة اذا لم يكن أليفا يبعث الخوف فى الكبار ، فان الطفل يربط بين خوفه من العقاب وبين الكلب وخوف الكبار منه • وسوف نجد فى العوامل المرسبة أيضا تلك التى تثير ظهور الرغبات المحرمة (العدوانية أو الجنسية) فى وقت لم يعد الطفل يريد أو يستطيع التعبير المباشر عنها وذلك ما يحدث فى سن الكمون أو المرحلة الرابعة وفى الوقت الذى يسعى الطفل فيه الى تحويل طاقته نحو الانتاج والتعلم مما يخلق تناقضا مع متطلبات المرحلة أى صراعا بين البحث عن اللذة

وتوجيه الطاقة للعمل الامر الذى يعيد الى ذاكرته رغبات المرحلة السابقة وما بها من صراعات ثلاثية (أوديبية) ٠

الاسس النشوئية : مما سبق يتضح أن عنصرى النكوص والتثبيت يعيدان الطفل الى صراعات المرحلة الثالثة (الاوديبيـــة) فحيث يفشـــل الطفل فى مجابهة تحديات المرحلة الرابعة وهى الانتاج فانه يحلم بالماضى حيث كانت اللذة فى التعبير عن رغباته ٠ ولكنه يعلم بفضل نضجه أن تلك اللذات محرمة فيلجأ الى الوسائل الدفاعية المذكورة لمقاومة النكوص الى الماضى ، الذى يكون مليئا بالاغراء ٠ ان الماضى يصبح كالحلم الســـعيد أو كالحلم الذى لم يكتمل ويشد صاحبه للعودة اليه ويمثل عامل تثبيت ٠ ولعل العوامل النشوئية المميزة فى حالات الرهاب هى هذا الميل من جانب الابوين لتخويف الطفل وتهديده بالايذاء بشـــكل أو آخر الامر الـــذى يترجم فى ذهن الطفل أحيانا الى التهديد بالخصاء ٠

الهستيريا التحولية : Conversion

فى هذه الحالات ينجح الكبت فى ابعاد الصراع عن الوعى ولكنـــه لا يختفى تماما بل يظهر فى صورة أعراض جسدية منبعها الاضطراب فى التحكم فى الجهاز العصبى الارادى والذى يتحكم أساسا فى العضـــلات المخططة striated muscles وهى أيضـــا العضـــلات الارادية voluntary وكذلك فى الحواس الواعية سواء الخاصـــة مثـــل البصر والسمع والشم أو العامة مثل الاحساس باللمس والالم والدفء والبرودة أو الحواس الحشوية visceroception ٠

الصورة الاكلينيكية : بالاضـــافة الى وجود أعراض جســـدية فى الاعضاء المذكورة مع غيابا وجود أسس عضوية فى الاعضاء المصابة كما يتبين من الفحص الطبى فان هناك ظواهر مصاحبة للاضطراب تكاد تغنى عن ضرورة استقصاء المرض العضوى ٠

فسوف نجد أن المرض يحدث بعد ظرف مثير للصراع النفسى وانه يصيب الاعضاء فى توزيع لا يتفق مع المرض العضوى وأنه يكون مصحوبا بحالة تشبه اللامبالاة تجاه المرض belle indifference وان كان هذا العرض الاخير أقل حدوثا فى الاطفال فانه عادة يحدث فى شخصية لها تكوين نفسى له سمات مميزة وتوصف بالشخصية الهستيرية (منهـا الميل الى التباهى والاستعراض والمبالغـة والقابلية للايحاء والانبساط وانسطحية فى المشاعر والتقلب السريع الخ) • الا أن هذا أيضـا يتطلب درجة من النضج لا نجدها فى حالات الاطفال صغار السن وكثيرا ما نجد حالات الهستيريا فى غياب تلك السمات • وهى صفات تتميز بها الاناث عن الذكور فى حضارتنا • بالاضافة الى ذلك سوف نجد عنصر الكسب الثانوى secondary gain وهو الاستفادة التى يجنيها المريض من كونه مريضا فى صورة جذب الاهتمام والعطف والتعويض من الآخرين •
اما الاعراض العضوية ذاتها فان الهستيريا التحولية تستطيع ان تتشابه تقريبا مع جميع الامراض • ولعل اكثرها انتشارا اصابات الشلل المختلفة وخاصة فى الاطراف وفى الاحبال الصوتية وكذلك نجد الاضطرابات فى الحواس مثل فقدان الحساسية او الاحساس بالالم دون وجود اساس عضـــوى •

والقدرة على التحويل نادرا ما تكتمل قبل الخامسة الا أننا نجد أكثر حالات الهستيريا فى سن التاسعة فما فوق وتصل الى قمتـها فى بداية سن المراهقة حين تزداد الحاجة الى الكبت الجنسى ازاء ظهـور الغـــرائز •

الاسس الدينامية : الوسـيلة الدفاعية الاساسية فى الهسـتيريا التحـولية هى الكبت repression **بالاضافة الى القدرة على التحويل** conversion **وهى نوع من الانشقاق** dissociation فى الوعى مع التعبير عن جانب من الصراع عن طريق الجسـد • وذلك أيضـا يتطلب درجـة

من التركيز ، الا أن الصراع قريب من السطح ويكاد يكون التحويل معبرا عنه تعبيرا شبه مباشر الامر الذى يتطلب من المريض قدرا من السذاجة وقلة البصيرة ، ولعل هذا يفسر انتشار الهستيريا بين الفئات الاقل ذكاءا وتعليما ، اذ اضفنا الى ذلك الكبت الذى يتطلب درجة من الخضوع فان هذا يفسر انتشارها فى الطبقات الدنيا وفى الاناث فى المجتمعات التى ما زالت تربط بين الانوثة وبين الضعف الدونيه الاجتماعية ، الا أن الكبت المباشر الذى يؤدى الى الخضوع يولد العدوانيه السلبية بواسطة الضعف والاشباع السلبى بواسطة المرض ، فالهستيرى تصيب من هم حوله بالاحساس بالذنب نتيجة لمرضه ويفرض عليهم التعويض عن عدوانهم بالشفقة عليه وهو نوع من الاشباع الجنسى الغير مباشر ، وهو ان كان ينكر رغبته الجنسيه والعدوانية فى وعيه الا أنه يعبر عنها بجسده . ولذا فاننا نجد فى العوامل المرسبة ما يثير هذه الرغبات الجنسية والعدوانية مع غياب القدرة على التعبير المباشر عنها ، ومن هنا كانت زيادة حدوث الهستيريا فى سن المراهقة وزيادة نسبتها فى الاناث ، فهن محرومات نسبيا من التعبير المباشر عن رغباتهن الجنسية والعدوانية فى نفس الوقت الذى يطلب منهن المجتمع ان يبالغن فى الاغراء فى هذا السن من أجل اجتذاب اهتمام الرجال واثارة رغبتهم فى الاستحواذ عليهن ، فهن فى حالة اغراء مستمر مصحوب بحرمان مستمر ، وهذا يفسر رغبة الهستيريات المستمرة فى جذب الاهتمام وفى حب الظهور والاستعراض والمبالغة علاوة على ميلهن السطحى لتكوين العلاقات السريعة ، الا أن وجود هذا التحريم الصارم يكشف سطحية هذا الميل من حيث توقف اكتمال العلاقة قبل نقطة الالتقاء الكامل الامر الذى يأخذ صورة البرود الجنسى ؛ فالرغبات فى حالات الهستيريا قريبة من السطح وشيكة الخروج الى العلانية ولكنها تتوقف عند آخر لحظة بواسطة الكبت الذى يقوم هنا بتحقيق للرغبة المضادة فى صورة الخصاء الذاتى الذى يعبر عن عدوانية سلبية تجاه الآخر ، فى نفس الوقت فالفتاة الباردة جنسيا سرعان

ماتصيب فتاها هو أيضا بالبرود والضعف الجنسى فهى تغريه ولا تشبعه وتفقده الثقة فى قدرته على اشباعها •

الاسس النشوئية : الاساس العضوى للهستيريا يرتبط بتكوين نفسى عصبى يميل الى الانبساط extraversion كما نجد أن هناك ارتباطا مع المستويات الاقل من الذكاء • ومن حيث المؤثرات البيئية فأننا نجد أن المرحلة الثالثة (الاوديبيه) فى التطور هى مسرح نشوء هذه الحانه • ففى هذه المرحلة يعى الطفل اختلافه الجنسى مع بداية وعيه بالطرف الثالث فى العلاقة بينه وبين أمه مما يدفعه الى التساؤل عن الفروق بين الجنسين وما يرتبط فى ذهنه من علاقة بين الجنس والمكانة الاجتماعية• والفتاة تتعلم فى هذا السن أن خير وسيلة للنصر هى الاغراء والدلال والاحتواء بينما يتعلم الفتى الاقتحام والمغامرة • الا أن الاشباع هنا يرتبط بهزيمة الطرف الثالث فى العلاقة ويترتب على ذلك خوف ثم شعور بالذنب يرتبط فى ذهن الطفل بالخصاء • ففى هذه المرحلة يبدأ الشعور بالذنب • ولكن الرغبات تعود لتفرض نفسها فى سن المراهقة فتثير الوسائل الدفاعية القديمة من كبت وخصاء ذاتى فى صورة عملية التحويل الجسمانى •

ومن العوامل التى تؤدى الى التثبيت فى تلك المرحلة وبالتالى تسهل عملية النكوص اليها الاغراء الجسدى (الذى يساوى عند الطفل الاغراء الجنسى) من جانب الوالدين وهو ما يثير لدى الطفل والوالدين على السواء رغبات سرعان ما يتبين لهما استحالة اشباعها فينشأ لديها شعور متبادل بالذنب يؤدى الى اللجوء الى المزيد من الكبت • ولعل السلوك الموازى لذلك على المستوى الاجتماعى هو الافراط فى الدلال الذى يتبعه فقدان للتحكم من جانب الطفل ويتلوه عقاب صارم فيتعلم الطفل من تلك المرحلة كيف يغرى ثم يحرم عند آخر لحظة •

واذا ذهبنا خطوة ابعد فسوف نجد هذا السلوك من جانب الابوين نابع من عدم اشباع متبادل على المستوى الراشد ، فالعلاقة بينهما ليست

مكتملة ولعلها مليئة بالاحباط الجنسى والوجدانى الـذى يدفعهما للبحث عن الاشباع فى أطفالهما وهو اشباع مستحيل التحقق لأسباب اجتماعية وتاريخية وان كانت هناك بعض الحالات الشاذة التى تتم فيـها علاقة جنسية بين أفراد الاسرة الواحدة • وعكس الاشباع الزائد فان الحرمان الزائد من الاقتراب الجسدى بين الابوين والاطفال قد يؤدى الى نفس النتيجة أيضـا فالطفل الذى لا يلمسه او يحضنه أو يقبـله أباه أو امه (وهو ما كان يحدث فى الحضارات الغربية حتى قريب) يشـعر بالذنب من اللمس الجسدى ، فيفقد الارتباط بين الجسد والحب • فاما أن ينشأ بديول هستيرية تجعله يكبت المشاعر الجنسية فى اطار الحب أو يعبر عنها فى اطار الشهوة ابحتة المنفصلة عن الحب ، ولعله الامر الذى يفسر موجة الانحلال التى مرت وما زالت تمر بها الحضارة الغربية : فرغم ما يبـدو هنا من مظاهر الحرية الجنسية فهى تعبير عن حرية الشهوة وغالبا ماتكون على حساب حرية الحب بمعناه الكامل • أى ان الكبت مازال موجود (وان غيرت صورته وهذا ربما يفسر تغير صـورة الهستيريا فى الغـرب التى كادت تختفى منها عملية التحويل الجسدى الظاهر) •

الهستيريا الانشقاقية : dissociation

فى هذه الحالات يتم الانشقاق بفصل جزء من الوعى عن باقى الوعى دون تحويله الى أعراض جسدية ولكن الى حالات يتناقض فيها السلوك أو الوجدان فى حالة وعى محددة مع باقى الشخصية التى تجـابه هـذا التناقض بفصله عن وعيها • ويتراوح حجم الجزء المنفصل بدءا مـن لحظـات الهفـوات وفقـدان الـذاكرة الجـزئى الى ازدواج او تعدد الشخصية وان كانت هذه نادرة فى الاطفال • ونجـد مظـاهر الانشقاق فى السلوك اليومى فى الاطفال فى صورة الفقـدان المحـدود للذاكرة وفى الاحلام وفى الكلام واحيانا المشى اثناء النوم • وهـذه الحالات عموما تزداد انتشارا فى سن المراهقة •

الصورة الاكلينيكية : نجد الانتشار وديناميات الشخصية مشابهة لحالات الهستيريا التحولية ولعل شدة الاضطراب اثناء حالة الانشقاق تعوض فى هدوء الشخصية فى غير تلك الحالات . وهناك بعض مظاهر تلك الحالات اكثر انتشارا فى الاطفال منها :

التجوال اثناء النوم somnambulism وهى عبارة عن حالة تتراوح من انقيام من الفراش الى النزول من المنزل وتأدية حركات وأفعال معقدة وذلك أثناء النوم وهى عادة قصيرة المدة وتشبه الحلم وتكون بديلا له ، وقد ترتبط بدرجة من القصور فى الذكاء واستخدام اللغة والتصور مع تفضيل التعبير الحركى فيما يتعلق بالرغبات المكبوته .

الحالات الشفقية twilight states عبارة عن حالات يضطرب فيها الوعى بحيث يشبه الحلم فيبدو العالم الخارجى غريبا او باهتا .

وهناك حالات فقدان الوعى بصورة مختلفة منها الاغماء ومنها التصلب ومنها التشنج Convulsions الذى كثيرا ما يشبه الحركات الجنسية وأحيانا العدوانية وهو اكثر انتشارا فى الاناث عنه سن المراهقة . الاسس الدينامية : ان الحيلة الدفاعية الاساسية هنا هى الكبت ولكن الاختلاف يكمن فى أن الجانب المكبوت يجد طريقه الى حالة وعى منشقة عن حالة الوعى الرئيسى وذلك بواسطة حيله دفاعية أخرى وهى الانشقاق dissociation وعن طريق هذه الحالة الثانوية تجد الرغبات المكبوته تعبر عن نفسها من خلالها الا أنها نادرا ما تصل الى درجة التعارض الصارخ مع بقية الشخصية .

فالذى يسير اثناء النوم مثلا نادرا ما يصل الى درجة الايذاء الشديد لنفسه بل يستيقظ قبل حدوث الضرر (مثل الوقوع من مكان عال او الارتطام بجسم مؤذى كالنار او الماء او الآلات الحادة) .

وبطبيعة الحال فان هذه الرغبات المكبوتة حتى وان كانت وسيلة للتعبير

فان لذلك ثمن وهو فقدان الذاكرة لما حدث لأنها عادة رغبات مرفوضة من الجانب الواعى للشخصية •

الاسس النشوئية : ليس هناك اختلاف يذكر بين الاسباب النشوئية هنا وبينها فى حالات الهستيريا التحولية وقد تكون هناك ميول تكوينية فى الجهاز العصبي تؤهل صاحبها للانشقاق •

الوسواس القهرى :

الوسواس obsession هو عبارة عن محتويات ذهنية غريبة عن الذات وتفرض وجودها على الوعى رغم مقاومته لها وتتصف بالالحاح والتكرار كما انها تبدو خالية من المعنى • أما القهر أو القسر compulsion فهو عبارة عن الفعل المقابل أو البديل للمحتوى الذهنى حيث يقوم الفرد بأفعال أو حركات تبدو عديمة الهدف أو المعنى وغريبة عن الذات وتقابل بمقاومة من جانب الذاتوحينما يتحول الفعل القهرى الى حركة محدودة متكررة وبدون مقاومة تذكر من الذات فانه يصبح ما يعرف باللازمة tic

الصورة الاكلينيكية : رغم أن هذه الاعراض تظهر بصورة طبيعيةفى المرحلة الرابعة تزداد قبيل البلوغ (فى آخر الكمون) ، كما أنها تصاحب بعض الحالات الاخرى ، الا انها تأتى فى صورة العصاب الوسواسى حينما يؤدى وجودها الى اعاقة التكيف فقد يشكو الفرد من تسلط افكار غريبة عليه بل كريهه ، وكلما حاول مقاومتها زاد الحاحها فى الظهور وعادة تكون محتويات هذه الافكار مستمدة من الرغبات العدوانية أو الجنسية المحرمة فيرمز اليها بشكل أو آخر وأحيانا بدون ترميز فقد تراود الطفل (بالاخص عند المراهقة) افكار او تساؤلات ملحه حول وجود الله هى فى جوهرها ترمز الى ثورة مقنعة على ابيه • وقد تأخذ طابعا عكسيا فى صورة المبالغة فى التدين كمحاولة لرد الفعل أو تغطية الرغبة المعاكسة •

وكذلك على مستوى الجنس نجد الافكار تعبر عن الرغبة أو ما يرمز

اليـــها كأن يؤكد لنفسه انه لا يرغبهن وأنهن لا يمثلن أى اغــــراء أو تهــديد لـــه .

وعلى مستوى الافعال القهرية قد نجد ظواهر مشابهة ولكنها تأخذ صورة الافعال ولعل اكثرها انتشارا هو الاهتمام المبالغ بالنظافة الـــذى يوصف أحيانا بهوس النظافة وقد تأخذ صورة طقوس كأن يصر الشخص على غسيل يديه بطريقة معينة وبعدد محدد من المرات ، وقـــد يمارس طقوسا قبل الذهاب الى الفراش كأن يضع الوسادة بزاوية معينـــة . واحيانا تأخذ هذه الوساوس القهرية صورة الشكوك والتردد والتدقيق فالطفل قد يغلق الباب خوفا من اللصوص الا انه يقوم مرة اخرى ليتأكد من احكام غلقه وقد يفتحه ويغلقه عدة مرات . وقد نجد مظاهر للخرافة فى الفعل أو التفكير كأن يتشـــاءم الطفل من أرقام معينـــة أو ألوان أو ايام بعينهـــا .

الاسس الدينامية : ان أى عامل مثير لأى طرف من اطراف الصراع بين الغرائز والانا الأعلى سوف يؤدى الى ظهور رد الفعل المضاد من الطرف الآخر الذى يؤدى الى زيادة الصراع بين قوتين متساويتين . ففى نهاية المرحلة الثالثة (الاوديبية) وبداية الرابعة (الكمون) نجد المجتمع يتطلب من الطفل تقوية الانا الأعلى أى أن يتحكم فى غرائزه ، وفى نهاية المرحلة الرابعة نجد المراهقة وما يصاحبها من تغيير قد أثارت الرغبات المحرمة مرة أخرى . وفى كلتا الحالتين تزداد حـــدة الصراع وتنشأ الاعراض الوســـــواسية .

وفى حالة الوسواس هذه نجـــد الانا الاعلى يفســـح مكانا لطرفى الصراع للظهور فى الوعى بشرط أن يكون ظهورها رمزيا ويشمل وسائل دفاعية مختلفة علاوة على الترميز symbolization displacement والاستبدال وبالاضافة الى ظهور تلك المحتويات اللا شعورية المتضاربة بطريقة رمزية فعليها أيضا أن تكون معـــــزولة من شحنتها الانفعاليـــــة وتستخدم هنا حيلة العزل isolation

كما يمكن للشيء وضده أن يظهرا بطريقة متتالية فتظهر الرغبة فى صورة فكرة او فعل ثم تتبعها فوريا الرغبة المضاده فى صـورة فكرة او فعـل معاكس وتستخدم هنا وسائل الفعل والابطال • doing and undoing

وأحيانا تظهر الرغبة فى صورة رغبة مضادة مبالغ فيها كأن تأخذ الرغبة فى القذارة صورة المبالغه فى النظافه وهنا تسـتخدم وسيلة تكوين رد الفعل • reaction — formation

الاسس النشوئية : هنا ايضا قد نجد أساسا عضويا كارضية تبنى عليها المؤثرات البيئية • وهناك ارتباط بين التكوين النفسى العصبى الذى يأخذ صورة الانطواء وبين حالات الوسواس • ولعل الذكاء وما يصاحبه من نضج مبكر يساهم بالتالى ، بواسطة القدرة عـلى الرؤية البعيـدة وتجنب المخاطر ، على تكوين أنا أعلى فى سن مبكرة — وفى هذه الحالة فهو يأخذ طابعا بدائيا • كما يمكننا ان نفترض ان هناك ميلا شـديدا للعدوان فى هؤلاء الاطفال يستلزم المبالغه فى التحكم فيه •

وهذا التكوين المبكر والبدائى للنزعة الى التحكم بواسطة انا أعلى يحدث فى المرحلة الثانية حيث يصاحب بمحاولات الام لتنظيم رغبـات الطفل والذى أصبح أكثر قدرة على التعبير عنها بعد أن تعلـم المشى والانتقال • وبالاضافة الى ارادة المجتمع نجد أيضا امكانيات الطفـل الجسدية وقد استعدت لهذا التحكم فعضلات الجسد على استعداد أيضا لممارسه التحكم • وكذلك قدراته العقلية أصبحت تمكنه من درجه مـن بعد النظر تجعله يخاف مبكرا من نزعاته •

فاذا كانت التربية فى هذه المرحلة تميل الى القيود الشديدة فسوف يؤدى ذلك الى تكوين انا أعلى صارم • وعلى نقيض ذلك اذا كانت تميل الى التساهل الشديد فان ذلك سيحتم على الطفل ان يعوض نقصا مـن التحكم من جانب والديه بأن يقوم هو بدور التحكم فى غرائزه وهـذا يؤدى الى نشوء أنا اعلى كثيرا ما يكون اكثر صرامه من مطالب الاب أو المجتـمع •

الفصل السادس

اضطرابات الشخصية

الشخصية والنضج :

بما أن تكوين الشخصية يتطلب درجة ما من النضج ، فقد يبدو لأول وهلة أن الاطفال فى حاجة الى وقت طويل من النمو قبل أن تتبلور عندهم أية معالم للشخصية : ولكن المشاهد الخبير للاطفال حديثى المولد يستطيع أن يقرر بطمأنينة أن هناك ، ومنذ البداية ، اختلافات أساسية بين الاطفال .

لقد أشار فرويد الى أهمية السنوات الاولى فى تكوين الشخصية ، وان كان التطور والنمو لا يتوقفان عن تعديل سمات هذه الشخصية فيما بعد . ولما كان مفهوم الشخصية يعنى وجود صفات وسمات أساسية تستمر على مر الزمن وتميز الفرد عن غيره جاعلة له هوية مميزة ، فان الشخصية بهذا المفهوم لا تتضح تماما الا بعد سن المراهقة والشباب ، حين يهدأ ايقاع التغيرات ، أما ما يسبق ذلك فهو أقرب الى السمات المتغيرة والخاضعة للتعلم وتأثير البيئة ، ولكننا نستطيع أن نقرر أن البيئة لا تؤثر على فراغ أو على تكوين منعدم ، ولكنها تتفاعل مع بعض المعطيات الاساسية التى يملكها الطفل بالفعل ويمكننا أن نصف هنا بعض الانماط فى شخصية الطفل .

اضطراب الشخصية :

تتيسر دراسة الأنماط السوية للشخصية بفضل دراسة الأنماط

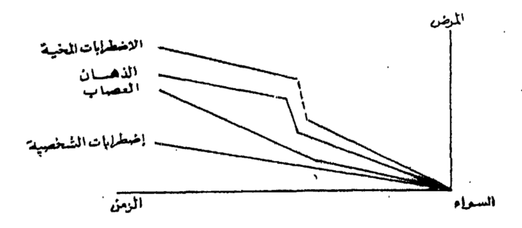
المضطربة ، اذ أن الاضطراب ما هو الا ابراز لصـــفات خفيـــة كانت موجودة بدرجة محدودة ومقبولة ومحدودة كمظاهر متعددة للسواء •

ولعل الفضل فى أعمق دراسة للنفس البشرية السوية يرجع الى فرويد والمحللين النفسيين فى دراساتهم للنفس المضطربة • وهنا نستطيع أن نأخذ بعض تلك القواعـــد العامة للاضطراب فى الشخصـــية لنحـــف الأنماط فى الشخصية السوية ، ثم نستخدمها مرة أخرى لفهم الشخصية المضطربة •

لعل أول مايميز اضطراب الشخصية هو عدم التوافق بين الشخص وبيئته ، بعكس حالة العصاب حيث يكون الاضطراب فى مكونات الشخص الداخلية وعدم توافقها مع الذات • فالعصابى يشكو من اضـــطرابه ، اما مضطرب الشخصية فالذى يشكو منه هم من يحيطون به، أى المجتمع أن الاضطرابات العصابية غريبة عن الذات ego-dystonic, ego- alien

بينما اضطرابات الشخصية متوافقة مع الذات ego-syntonic ونلاحظ أننا نجد صفة التوافق مع الذات هذه فى حالات الاضطرابات الذهانية أيضا ، ولكن بينما ينسحب الذهانى من الواقع نتيجة تفتت هـــذه الذات أو ضعفها ، نجد مضطرب الشخصية يظل على اتصاله بالواقع وأن كان هذا اتصالا مضطربا يؤدى الى شكوى البيئة منه ويعوق تكيفه نتيجة لرفض الآخرين له •

والصـــفة الثانية التى تميز اضطرابات الشخصـــية هى نتاجها عن تراكم طويل للخبرات واندماجها مع الكيانات الشخصية السابقة لها • فهى لهذا ليست اضطرابات محدودة أو حادة أو حديثة، بينما نجد للذهان والعصاب بدايات محددة قد تكون حادة وواضحة أولا ، ولكنها موجودة على أية حـــال ، وهى تمثل انتقالا من طريقة معينة فى التكيف الى طـــريقة أخرى ، ويبدو هذا الانتقال كميا فى حالة العصابى (الذى تضطرب علاقته مع الواقع ومع نفسه) بينما يبدو كيفيا(أو كميا شديدا جدا)فى حالة الذهانى (الذى ينفصل عن الواقع وعن نفسه) كما هو موضح بالرسم •



الشخصية والتكيف :

اذا كانت اضطرابات الشخصية تتميز بأنها تؤثر على البيئة وتتعارض معها الا أننا نجد داخل هذا الاطار نفس التدرج بين الميل الى التأثير على البيئة والميل الى التأثر بها ، فتغير الذات أو تحديدها (وهو وسيلة دفاعية وصفتها أنا فرويد restriction of the ego هو فى النهاية وسيلة للتكيف مع البيئة •

والأساس البيولوجى لهاتين الوسيلتين فى التكيف هو أن الكائنات الحية تتكيف مع البيئة اما بأن تؤثر فى تلك البيئة وتغيرها allopiasticity أو بأن تتأثر بها وتغير ذاتها لتلائمها autoplasicity

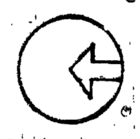
فاذا أخذنا بأن اضطرابات الشخصية بصفة عامة تأخذ شكل التأثير على البيئة فهناك داخل هذا المتصل ــ أنماطا أكثر ميلا الى التأثير على البيئة وأخرى أكثر ميلا الى التأثر بها •

ولعل هذا المتصل يوازى ذلك الذى وصفه ايزنك بين الانطواء introversion والانبساط extraversion

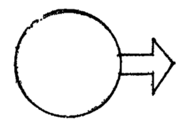
كما يمكننا وصف الشخصية على أساس متصل آخر هو النمط الغريزى الذى تتفاعل الشخصية مع البيئة بواسطته • فنصفها على أساس الغرائز الجنسية التى تهدف الى البناء والالتحام والرغبة فى

الحياة (الايروس eros وطاقتها الليبيــدو libido) فى مقابل الغرائز العدوانية التى تهــدف الى التدمير والعــدوان وتعبر عن غرائز المــوت (الثاناتوس thanatos وطاقتها الموربيدو morbido)

على هذا الأساس سوف نجد أن هناك أنماطا من الشخصية تتجه نحو تغيير البيئة أساسا وتستخدم الغرائز العدوانية (مثل الشخصية المندفعة) أو الغرائز الجنسية (مثل الانحرافات الجنســية) فى مقابل أنماط أخرى من الشخصية تميل الى تغيير الذات أساسا وقد تستخدم الغرائز العدوانية مثل الشخصيات المكبوتة أو تستخدم الغرائز الجنســية مثل الشخصــيات الاعتمادية • ولكن اذا أخذنا فى الاعتبار مبدأ آخر فى التحليل النفسى وهو مبدأ اندماج الغرائز fusion of drives فســوف نجــد أن هناك عنصرا من كلا الغريزتين فى كل اضطراب ولكن بدرجات متفاوتة • ففى الشخصية المنحرفة جنسيا مثلا يتعامل الفرد مع البيئة أساســا بواسطة الجنس ولكننا لو تمعنا الأمر لوجدنا هناك بعض مظاهر الغريزة العدوانية كما يحدث فى حالات الاغتصاب حيث يؤدى الجنس وظيفة عدوانية فيكون جنسا عدوانيا أو عدوانا جنسيا • ومن جانب آخر قد لا تتجه الغريزة الجنسية نحو البيئة فيكون التعامل مع البيئة فى هذه الحالة بأسلوب تغيير الذات والانطواء ؛ كما يحدث فى حالات الجنسية الذاتية auto-erotism حيث يظهر الاضطراب فى صورة العادة السرية مع الانطواء والانســحاب عن الواقع •



تغيير الذات



تغيير الموضوع

ولا نسعى هنا الى تقسيم الصور الاكلينيكية تبعا لهذين المتصلين بقدر ما نسعى الى ابراز العنصر الغالب فى كل نمط • ولعل هذا يكون مظهرا لسعى العلم الدائب الى ارجاع التباين فى اتجاه تشابه ما •

الانماط الاكلينيكية :

سوف نستخدم هذا التصنيف الذى وضعته مجموعة ترقية الطب النفسى المشار اليها وهو كالآتى :

١ ـ الشخصية الهستيرية — hysterical
٢ ـ الشخصية القلقة — anxious
٣ ـ الشخصية الوسواسية — obsessional
٤ ـ الشخصية المعارضة — oppositional
٥ ـ الشخصية الاعتمادية — dependent
٦ ـ الشخصية المكفوفة — inhibited
٧ ـ الشخصية المنعزلة — isolated
٨ ـ الشخصية المتشككة — suspicious
٩ ـ اضطرابات التوتر والاخراج — tension-discharge
وتشمل (أ) الشخصية المندفعة — impulsive
(ب) الشخصية العصابية — neurotic
١٠ ـ اضطراب الشخصية المنفسخة عن المجتمع — dyssocial
١١ ـ الانحرافات الجنسية — sexual deviation

وسوف نصف الصورة الاكلينيكية لكل صنف مع عرض الأسس الدينامية والنشوئية اذ أننا لا نستطيع فصلها هنا بسهولة لأن الوسائل الدفاعية فى اضطرابات الشخصية قد أصبحت جزءا أساسيا من التكوين النفسى للفرد ويصعب تمييزها عن الصورة الظاهرية للشخصية •

الشخصية الهستيرية :

الصورة الاكلينيكية : نجد الطفل يميل الى الانبساط فهو كثير الكلام

يلتصق بالآخرين ويتعامل معهم بسلاسة وان كان يميل أيضا الى التغيير وعدم الاستقرار والسطحية فى علاقاته كما يميل الى الاستعراض والمباهاه والمغالاة ، وله طابع مسرحى فى سلوكه ويستخدم الجنس كوسيلة لاجتذاب الآخرين فنجـد الطفلة (الأنثى)تميل الى الـدلال والاغراء بينما الطفل (الذكر) يميل الى الاستعراض والمباهاه ، كما نجد الانفعالات سطحية ومتأرجحة من نقيض الى نقيض وليس لها صفة الدوام •

وفى بعض الحالات نجد هذه الميول مختلطة مع صـفات الاعتمادية والرغبة فى الاستحواذ على الآخرين وفى حالات أخرى نجـد اتجاها نحو التفعيل acting - out مما يقربنا أحيانا من الانحـرافات الجنسـية وأحيانا أخرى من الانحرافات الاجتماعية (التوتر والاخراج) •

الأسس الدينامية والنشوئية : تعكس الشخصية الهستيرية اضطرابات المرحلة الثالثة حين يكتشف الطفل الفروق الجنسية ويسـتخدمها للاغواء (فى حالة الانثى) أو للاقتحام (فى حالة الذكر) ويكون هذا الاغواء أو الاقتحام مفتقرا الى امكانية الاشباع بسبب عدم نضوج الطفل جنسـيا ولذلك فان ميل الهستيرى للمبالغة والاغواء هو محاولة للتعـويض عن هذا الاحساس بالعجز عن الاشباع واخفائه • ولأن هذه السـمة متوافقة مع الذات فالهستيرى لايجـد ضرورة لكبت رغباته والتعبـير عنها رمزيا بالاعراض لأنه يشبعها بطريقته هذه فى التكيف والتعامل مع البيئة •

الا أن هذه السمات نفسها قد تؤدى الى سوء توافق مع البيئة ، فالطفل سريع التغير لايستطيع تكوين علاقة مستمرة ودائمة مع موضوع ويؤدى هذا الى احباط المحيطين به فى محاولاتهم لاكتساب ثقته واهتمامه وقد يؤدى ذلك الى فشل فى الدراسة وفيما بعد الى فشل فى تكوين علاقات سليمة مع الجنس الآخر •

الشخصية القلقة :

الصورة الاكلينيكية : نرى القلق يغلب على حالة الطفل الوجدانية

ويبدو ظاهرا فى سلوكه ، فهو غير مستقر يميل الى كثرة الحركة لايستطيع تثبيت انتباهه على موضوع معين ، دائم التوتر والخوف ، ميالا الى تجنب المواقف الصعبة • وقد نجده متصفا بسمات من اضطرابات الشخصية الأخرى الا أنها لاتدوم طويلا كما أنه أحيانا يتصرف بصورة سوية فى بعض المواقف أو بعد فترة من التعود على الموقف الجديد والتغلب على قلقه •

الأسس الدينامية والنشوئية : ان الصفة الأساسية التى تميز شخصية الطفل هى عدم التبلور ، اذ يكون الطفل مرنا ولم يتشكل بعد ، وقد تصل هذه المرونة الى درجة الاهتزاز فى تكوين الشخصية • وهو لم يثبت عند مرحلة بعينها أو ينكص اليها بشكل دائم ، كما أن الوسائل الدفاعية التى يلجأ اليها قلما تكون ثابتة ، فهو تارة يميل الى الكبت وتارة الى التفعيل أو يتنقلبين الانطواء والانبساط، ويعبر بالجنسأو بالعدوان الى الداخل أحيانا والى الخارج أحيانا أخرى •

ولكن العنصر الأساسى هنا هو طبيعة القلق وعمقه ، فغالبا مايكون قلقا عصابيا مرتبطا بالمرحلة الثالثة ويدور حول الخوف من فقدان وضع مميز (بالخصاء مثلا) ، الا أنه من الجائز أن يصل هذا القلق فى عمقه الى المستويات الذهانية •

واذا كانت درجة القلق محتملة واستمر الطفل متكيفا مع البيئة ، فانه قد يكتسب المزيد من الثقة والقدرة على التكيف بحيث يستطيع التغلب ولو جزئيا على هذا القلق • أما اذا زادت درجته أو كانت من العمق بحيث لايستطيع الطفل تحملها ، فانه سوف يلجأ الى وسائل مختلفة للتغلب عليها وهنا قد يتحول الطفل القلق الى نمط آخر من اضطرابات الشخصية أو الى عصابى أو ذهانى •

الشخصية الوسواسية :

الصورة الاكلينيكية : نجد الصفات المميزة هنا هى الميل الى الانطواء

والانشغال بالصراع الداخلى الذى يجد من قدرة الطفل على التفاعل مع بيئته وهو بالتالى يغير نفسه ويمنع غرائزه من التعبير المباشر اذ ينمى فى نفسه صفات تساعده على اخفاء هذه الغرائز • فنجد الطفل دقيقا حريصا ، حى الضمير ، يحب النظام والدقة فى المواعيد ، ويبالغ فى النظافة ، جاف العواطف ، ولكنه يميل الى التفكير والمنطق والعقلانية • وقد تجعله هذه الصفات يبدو مؤدبا ومطيعا ومتوافقا مع البيئة الى درجة المرض كما يحدث فى نمط الطفل المثالى model child وأحيانا نجد هذه الصفات تتبادل مع صفات أخرى عكسية تماما كأن يرتكب أعمالا عدوانية أو أن يميل الى الفوضى والقذارة فى نوبات محدودة الزمن •

الأسس الدينامية والنشوئية يميل الشخص الوسواسى الى الانطواء ، فهو يمارس صراعاته وخاصة المتعلقة بالنزعات عدوانية بداخل نفسه أساسا ، كما نجده يميل الى الذكاء ، ولعل هذا يكون أحد العناصر التى تساهم فى نشأة أنا أعلى مبكر بفضل القدرة على التنبؤ بالمخاطر وتجنبها مقدما • كما نجد هذا النمط منتشرا بين الذكور أكثر منه بين الاناث ولعل هذا سببا حضاريا اذ أن السلوك المتوقع من الذكور هو التحكم فى الانفعالات •

وتتأسس هذه السمات فى المرحلة الثانية (الاستقلال أو المرحلة الشرجية) والتى تمثل الفترة التى تمارس فيها الأسرة صراعها مع الإرادة الجديدة العنيدة لدى الطفل محاولة ترويضها • فتتكون السمات الوسواسية التى تؤكد ضرورة موازنة الفوضى بالنظام والقذارة بالنظافة والعناد بالطاعة •

الشخصية المعارضة :

الصورة الاكلينيكية : نجد الصفة المميزة هنا هى صفة العدوانية السلبية passive-aggression وهى صفة موجودة بدرجة ما فى الشخصية الوسواسية وفى نمط الطفل المثالى ، فنرى الطفل يميل الى العناد

الشديد ولكنه يعبر عن معارضته بطرق سلبية كأن يمتنع عن الأكل أو أن يجد صعوبة فى فهم دروسه أو أن يتعمد أن يفعل عكس مايطلب منه .

الأسس الدينامية والنشوئية : تتشابه هذه الأسس مع مثيلتها الخاصة بالشخصية الوسواسية وان كان من المتوقع أن يكون ذكاء الطفل أقل وقهر الأسرة أشد . أى أننا نجد الفرد ضعيفا وغير قادر على تكوين أنا أعلى قوى ومبكر مثل الوسواسى ، كما نجد البيئة أشد جمودا وأقل مرونة ، فيتكون هذا العدوان السلبى الذى يتجه الى صاحبه رغم أن المقصود به هو الموضوع (البيئة) فهو يصيب هذا الموضوع بطريق غير مباشر ، ويؤدى الخوف من ايذاء الموضوع مع الرغبة فى المحافظة عليه الى توجيه المزيد من العدوان الى الداخل من أجل ابقاء العلاقة بالموضوع .

الشخصية الاعتمادية :

الصورة الاكلينيكية : تتصف بالخوف من التعبير عن العدوان — سواء بالطريق المباشر أو بالعدوان السلبى — ويحول هذا العدوان الى الداخل فيأخذ شكل الاعتمادية المفرطة التى تصبح وسيلة للسيطرة على البيئة . فالطفل هنا يمارس ضعفه ظاهريا ويلتصق بالآخرين ويحرص على ارضائهم ويبالغ فى الطاعة ، وقلما يأخذ زمام المبادرة أو يقوم بعمل مستقل ، وهو ينتهى بهذا الى اخضاع الآخرين له (اخضاع الموضوع) ويصبح كما فى المثل (خادم القوم سيدهم) .

الأسس الدينامية والنشوئية : هنا نبعد عن استقلال المرحلة الثانية ونقترب من اعتمادية المرحلة الأولى . يبالغ الطفل فى طلب الحب من الآخرين ولكنه يفعل ذلك بطريقة تثير عدوانهم فى الوقت الذى يحول هو عدوانه الى الداخل . ويقابل هذا النمط من الشخصية النمط الاكتئابى فى الراشدين وكذلك نوعا من الشخصيات السيكوباتية الاعتمادية .

الشخصية المكفوفة :

الصــورة الاكلينيكية : يبدو الطفل فى هــذه الحالة خجولا ومنعزلا وخائفا من التعبير عن نفسه وعن رغباته ، كما يبدو مترددا وخائفا وقليل التحرك ، مبتعدا عن الآخرين ومتشككا فيهم • الا أن حقيقة الأمر غير ذلك فبعد محاولة الاقتراب منه يتضح أنه شديد الجوع والاحتياج الى الاخرين والى عطفهم وأنه ملىء بالدفء والعاطفة ، الا انه يخاف من اظهار ذلك ، ولذلك نجد علاقاته الحميمة أفضــل من علاقاته الطارئة ، فهــو يفضــل الاصدقاء القدامى على المعارف الجدد •

الأسس الدينامية والنشوئية : من الناحية الوصفية ، يزداد الفصل بين الغرائز ، فنجد الحب (التعلق) الموجه الى الموضــوع الخارجى هــو العنصر الغالب وان كان مغلفا بالخــوف وبالتالى بالانطــواء ، بينما يكاد يكون العدوان مكبوتا تماما وموجها الى الداخل • ولعل هــذه النوعية من التفاعل مع البيئة تمثل تدرجا بين المرحــلة الثانية (الشرجية) ومابها من سلبى أو مباشر وبين المرحلة الأولى حيث يغلب الشك والعزلة وينتج عن ذلك انسحاب متزايد من الموضوع مع جوع شديد اليه •

الشخصية المنعزلة :

الصورة الاكلينيكية : تتمير الشخصية هنا ببعض الصفات السابقة (للشخصية المكبوتة) ولكن بدرجة أعمق وأعم ، فصــفات الخجل والخوف والكبت لا تزول بسهولة أو مع الاقتراب ولكنها تســـتمر رغم محاولة الأقتراب • فلا يقف القصور هنا عند حد القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات بــل يمتد الى عملية الوعى بهذه المشــاعر • أن صــفات البرود العاطفى والأنطواء الشديد هى مظاهر خوف شديد لدى الطفل ، وهــو يعوض هذا النقص فى الموضــوعات الخارجية بخلق موضــوعات داخلية خيالية يتعامل معها ، فهــو يميل الى الخيال وقــد يؤدى ذلك الى تحــويل

اهتمامه الى الفن والقراءة وحب الطبيعة فيهتم بهذه الموضوعات أكثر من اهتمامه بالأشخاص وتقابل هذه الشخصية الشخصية شبه الفصامية (schizoid) فى الراشدين ٠

الأسس الدينامية والنشوئية : ان المبالغه فى هذه الصفات تجعلنا نبحث عن عنصر وراثى وتكوينى فى هذه الحالات ، الا أنه يمكن افتراض وجود هذا العنصر فى كل الحالات السابقة أيضا ، وبدرجه او بأخرى ، وقد يكون هذا الانطواء الواضح هنا اساسيا ومرتبطا بتكوين عصبى جسمى معين كما يكاد الميل الى تعبير الذات يصل الى دروته وذلك بالعدوان تجاه الذات من أجل الاحتفاظ بحب الاخرين ، الا ان هذا العدوان يقتل قدرا كبيرا من المشاعر ولا يترك قدرا كافيا من الطاقه الليبيديه يمكن توجيهه الى الغير فتتصف العلاقة بالاخرين بالسلبيه والخلو من الانفعال ٠

اذا عدنا الى مراحل التثبيت فسنجد التثرايا من المرحلة الاولى حيث يكون الطفل شبه متحوصل فى علاقته مع الاخرين ٠ وهو يميل الى استخدام الحيل المميزة فى تلك المرحلة ، فينكر العالم الخارجى ويستدمج الموضوعات الخارجيه بداخله ويستخدم التخييل بافراط ٠

الشخصية المتشككة :

الصورة الاكلينيكية : بالاضافه الى عزلة الشخصيه المنعزلة نجد هنا درجة من الشك والعدوان تجاه الآخرين تشبه الصفات البارانوية فى الكبار ٠ ويميل هذا الطفل الى الاسقاط ولوم الآخرين وكثيرا ما يشعر انهم يغارون منه ويحقدون عليه ٠

الأسس الدينامية والنشوئية : ترجع هذه الأسس الى بداية المرحلة الثانية ونهاية الأولى ، فهى تجمع بين الانعزال والهجوم على الآخرين، تكون لدى الطفل القدرة على تحويل عدوانه للخارج لكى يحافظ على درجة من النرجسية ، فهو يميز ذاته ويعتقد أن الآخرين يغارون منه لأنه أفضل منهم ٠

اضطرابات التوتر والاخراج :

المقصود هنا هو أن الطفل يعانى من توتر نفسى شديد مرتبط بصراع داخلى ولكنه يميل الى اخراج هذا التوتر فى صورة فعل موجــه الى العالم الخارجى ، أى أنه يميل الى التفعيل acting-out فيظهر اضطرابه فى صورة اضطراب فى السلوك •

ولعل هذه الصــفة تكثر فى الأطفال لأن قدراتهم على تحمــل التوتر وتحويل الصراع الى الداخل علاوة على قدراتهم اللغــوية تكون محدودة مما يجعلنا نشاهد بعض هذه الاضطرابات الســلوكية فى أغلب اضطرابات الأطفال النفسية • واذا أخذنا المتصل بين التوتر والاخراج فســوف نجد على أحد الطرفين حالات العصــاب المعروفة حيث يعى الطفل معاناته وعلى الطرف الآخر حالات الاضطرابات السلوكية المحضــة حيث لايشكو الطفل من أعراضه بتاتا بل يشكو منه الآخرون •

الا أن مايميز هــذه المجمــوعة من الاضطرابات هــو بروز عنصر الاخراج وان اختلفت حدة التوتر المصاحبة له •نستطيع أن نصف طرفين لهذا المتصل وهما الشخصية المندفعة impulsive personality والشخصية العصابية أو عصاب الشخصية neurotic personality; character neurosis

الشخصية المندفعة :

الصورة الاكلينيكية : تتصــف بالميل الى التفعيل أو الاخراج أكثر من ميلها للتوتر ، فالطفل هنــا سطحى المشــاعر والعلاقات ســواء مع الكبار أو مع الأطفال وهو لايتحمل الاحباط ولا يستطيع التحكم فى غرائزه الجنسية أو العدوانية ويميل الى الاشباع الفورى فــلا يطيق الانتظار أو التأجيــل • وهو أيضــا مندفع متسرع ولا يعبأ كثيرا بالعواقب ، يفقد بعــد النظر ولا يتعلم كثيرا من التجربة ، كما أنه لايكاد يتأثر بالعقاب أو الجــزاء • وقلما يشعر بالندم أو الذنب واذا شعر بالخجل فهو شعور مؤقت وسطحى •

ونجد من مظاهر هذا الاضطراب السلوك المضاد للمجتمع anti-social behaviour

وهو سلوك يتصف عادة باللاأخلاقيـــة مثل الكـذب والسرقة والهروب والاعتـــداء على الآخرين والنزوع الى التدمير وايلام الحيوانات واشعال الحرائق وغير ذلك ٠

وتزداد الحالة مع السن حتى ســن المراهقة ــ اذ تكاد تكون أحــد المظاهر الطبيعية لهذا السن ــ الا أنها تبدأ فى التحسن التدريجى بعد ذلك وقد نجدها منتشرة بين الذكور أكثر منها بين الاناث ٠

الشخصية العصابية :

الصورة الاكلينيكية : وهى شبيهة بالسابقة ظاهريا مع وجود قــدر من الصراع الداخلى وبالتالى قدر من الندم والشعور بالذنب ولهذا نجدها ببعض الأعراض العصابية وبعض سمات إضطرابات الشخصية الســابق ذكرها فلا يكون الســلوك المضطرب هو العادة أو القاعــدة ولكنه يظهر مع احتدام الصراع الداخلى ويكون بمثابة التعبير غير اللفظى عن الأعراض ٠

الأسس الدينامية والنشــوئية : اتجهت أبحاث الوراثة الى البحث عن أسباب وراثية لهذه الظاهرة وذلك من واقع المشاهدة أن الذكور أكثر ميلا للعدوان من الاناث وأن هناك علاقة بين الميل للعدوان وتأثير الهرمون الذكرى (وخاصة فى المرحلة الأولى من العمر) على الجهاز العصبى ٠

فقد لوحظ فى بعض الحالات وجود كروموسوم ذكرى اضافى فى الذكور فالمعروف أن الذكر العادى يحمل كروموسومات XY ولكن هناك بعض الحالات تحمل كروموسومات ــ ــ ــ ويكون ذلك مصحوبا بالتخلف العقلى والسلوك العدوانى وارتفاع فى طول القامة ٠ ولكن هذا لا ينطبق على كل حالات اضطراب الشخصية العدوانى ٠ كذلك لــــوحظ فى بعض الحالات الاخرى ارتباط بين هذا الاضطراب وحالات من الصرع ، وقد لوحظت فى رسام المخ الكهربائى eclectro-encephalograph بعض الاضطرابات فى الموجات الكهربية مشابهة لتلك التى تحــدث فى حالات الصرع ٠ ولكن هذا أيضا ليس عاما ٠

فاذا انتقلنا الى العوامل البيئية فقد نجد ارتباطا مع الحرمان المبكر من الامومة وخاصة فى حالات الاطفال اللقطاء الذين ينشأون فى الملاجىء ، الا أن هذا الحرمان لا يؤدى بالضرورة الى تلك الاضطرابات. وقد يكون هذ الحرمان على المستوى العاطفى فقط دون المادى ، ومثال ذلك حين تكون الأم موجودة مع الطفل جسديا الا انها لا تعطيه الدفء العاطفى الحاق وقد يكون ذلك بسبب أنها هى نفسها تفتقد هذا الدفء (فاقد الشىء لا يعطيه) برغم أن سلوكها قد لاتبدو فيه مظاهر هـــذا الحرمان ــ مما يؤدى الى توارث هذا الحرمان ، بمعنى التوارث الحضارى وليس البيولوجى .

ويأتى التأثير على مكونات الشخصية فى صورة افتقار الى تكوين انا أعلى قوى ، فقد نجده ضعيفا بصفة عامة أو يمر بفترات ضــعف تتناوب مع فترات من الصرامه أو قد نجده ناقصا فى مواقع معينة كما لو كانت به ثقوب . وفى حالة الضعف العام فى تكوين الانا الاعلى نجد الصفات المرتبطة بذلك هى انعدام الاحساس بالذنب أو الندم مع عدم التعلم والافتقار الى القدرة على التحكم فى الغرائز ، وفى حالة تناوب فترات الضعف مع فترات الصرامة نجد الندم الشديد والمؤقت فى نفس الوقت ، وقد يصل فى عنفه الى حد يبدو فيه الطفل كما لو كان يطلب العقاب ، فهو يرتكب مخالفاته الاخلاقية معترك الاثار التى سوف تؤدى الى ضبطه وعقابه . أما فى الحالة التى تشبه وجود ثقوب فى ذلك الانا الاعلى فنجد الطفل سويا فى أغلب مظاهر سلوكه ولكنه يرتكب مخالفات محددة كان يكذب فقط أو يسرق فقط .

كذلك نجد مظاهر لضعف الانا فكثيرا ما يوجد نقص فى القدرة على تكوين العلاقات وتقدير المخاطر والتنبؤ بالعواقب ، ويبدو الطفل باردا أو قاسيا ومنساقا وراء رغباته على حساب تكيفه .

أما الغرائز فتبدو قوية نسبيا ، وذلك بسبب ضعف القوة المضادة لها (الأنا الاعلى) وبسبب قصور الأنا فى ترجمة هذه الغرائز الى سلوك

تكيفى وتغلب الغرائز الجنسية أو العدوانية حسب الحالة كما أنها قد تتبادل وتتداخل ، فالطفل العدوانى العنيف مثلا قد يكون مفتقدا للحب (الغريزة الجنسية) فيسعى للحصول على الاهتمام بواسطة سلوكه العنيف الملفت (الغريزة العدوانية) •

أما الوسيلة الدفاعية الغالبة هنا فهى التعبير acting-out وبواسطتها يحول الطفل ما كان يمكن فى حالة العصابى أن يكون صراعا داخليا الى صراع بينه وبين بيئته كما نجد مظاهر لوسيلة الانكار denial فالطفل قد ينكر افعاله علاوة على انكاره لما يؤلمه داخليا ويدفعه الى ارتكاب هذه الافعال وكلما اتجهنا من الشخصية المندفعة الى الشخصية العصابية ، وجدنا مظاهر أو وسائل دفاعية عصابية مختلفة •

الشخصية المنفسخة عن المجتمع : dyssocial personality

قد ينشأ الطفل فى شق من المجتمع يكون فيه العنف ظاهرة مقبولة بل وضرورية ، ولكن نفس هذا السلوك قد ينظر اليه المجتمع الأكبر كانحراف ، أو قد ينشأ فى جو ريفى مثلا يؤمن بالسحر « والاعمال » والعفاريت ولكنه فى مواجهة المجتمع الأكثر تمدنا يعتبر ضلالى التفكير • فى هذه الحالات فان الطفل وان كان يعتبر شاذا بالنسبة للقيم الاجتماعية الغالبة الا أنه يعتبر متوافقا مع مجتمعه المحدود • فالمرض هنا هو مرض المجتمع الاصغر الذى ينتمى اليه اذا ما قورن بالمجتمع الأكبر •

الانحرافات الجنسية :

وصف فرويد الحياة الجنسية فى الطفولة المبكرة بأنها حياة متعددة الانحراف polymorphous perverse أى أننا نجد فى السلوك الطبيعى للاطفال ما نصفه بالانحرافات الجنسية فى الكبار ، ولكن المبالغة فى ممارسة أى جانب من هذه المظاهر يعتبر مرضيا كما يجب أن نأخذ فى الاعتبار المرحلة التى يمر بها الطفل ، اذ أن مص الاصابع ـــ اذا اعتبرنا

ذلك انحرافا جنسيا أمر منتشر فى الطفولة المبكرة وكذلك الاستمناء فى المرحلة الثالثة ، بينما نجد فى المرحلة الرابعة (الكمون) ميلا نحو الجنسية المثلية مع نفور من الجنس الآخر •

وقد يصل هذا التعلق بأفراد الجنس المماثل الى درجة الممارسة الجنسية اما مع أطفال فى نفس السن أو مـــع أطفال فى المرحلة التالية (المراهقة) كمظهر من مظاهر الرغبة فى التوحد مع مثل أعلى •

أما فى المراهقة فالاستمناء هو المنفذ الاساسى للطاقة الجنسيةويعتبر سويا فى هذه المرحلة الا اذا بولغ فيه فيصبح مرضيا ، والعنصر المرضى فيه هو كونه يصبح بديلها عن العلاقات مع الخارج ويعبر عن تفضيل للخيال على الواقع • ولكن الاستمناء ذاته ليس مرضا ولا يؤدى الى مرض •

كما نجد فى هذه المرحلة تبدأ بوادر الانحرافات الجنسية التى نراها واضحة فى الكبار فى الظهور ، مثل السادية والمازوخية واشتهاء الحيوانات وغـــــيرها •

الاسس الدينامية والنشوئية :

لاتختلف كثيرا عن اضطرابات التوتر والاخراج الا من حيث أن الغريزة الغالبة هنا هى الغريزة الجنسية •

الادمان واضـــــطرابات الشـــــخصية

قد تبدو مشكلة الادمان لاول وهلة مشكلة راشدين فى المقام الأول الا أن هناك عوامل تجعلنا نضمها لمشاكل الاطفال منها أن الظاهرة آخذة فى الانتشار بين الشباب والمراهقين وتنتقل منهم تدريجيا الى الصبية ، كما أن جذور المشكلة تبدأ فى الطفولة •

والادمان ظاهرة تجمع بينكونها مظهرا من مظاهر اضطراب الشخصية وبين ارتباطها بتأثير كيميائى سام عـــلى المخ • وبرغم أن هناك سمات متعددة لانواع مختلفة من اضطرابات الشخصية تلعب دورا فى ظاهرة

الادمان ، الا أن هنـــاك سمات مشتركة فى شـــخصيات المدمنين تجعل للظاهرة أسسا دينامية ونشوئية خاصة .

الصورة الاكلينيكية : هى حالة تعلق (تعود ، اعتماد) شديد من جانب الشخص على تناول مادة بغرض احداث تغييرات نفسية من خلال التأثير الكيميائى على الجهاز العصبى (المخ) وقد تكون لهذه المادة حصية التدخل فى التركيب الكيمائى للجسم بحيث لا يستطيع الجسم أن يستغنى عنها بدون التعرض لاضطرابات ما (قد تصل أحيانا لحد الموت) وهنـــا يطلق اسم الادمان addiction على الحالة (أى التعلق الفسيولوجى العقار) . أما فى الحالات الاولى (التعلق) فقد يتميز بعضها بنفس الدوافع والديناميات التى تؤدى الى الادمان . ولذلك نستطيع أن نصف الظاهرة ككل تحت عنوان « الادمان » بالمعنى العضوى والنفسى على السواء ، وان كان اللفظ المفضل حديثا هو الاعتماد على العقار drug dependence . ونستطيع أن نصف الصورة الاكلينيكية من جهتين :

الاولى : من جهة الاثار النفسية والجسمية لمفعول العقار الكيميائى والتى تتوقف على الخواص السيكوفارماكولوجية للعقار .

الثانية : من جهة التكوين النفسى لشخصية المدمن .

وقد صنفنا العقاقير فى الجدول بوضع أكثر العقـــاقير فى الادمان العضوى من اليمين لليسار (فى مجموعات وليس بترتيب العقارات نفسها) وزيادة شدة المفعول فى اتجاه أسفل الجدول . فمثلا المسكنات لها صفة شدة الادمان العضوى عليها مع شدة المفعول ، وتليها مجموعة المنومات والمهدئات ثم الكحول فالمذيبات العضوية وهكذا . نلاحظ أنه مـــع شدة المفعول تزداد حدة حدوث الادمان الا أنه يكون سريع الزوال . مثلا فى حالة المسكنات يحدث الادمان بسرعة ولكنه فى المقـــابل يزول بسرعة بالمقارنة مع المهدئات والكحول . كذلك فى الادمان النفسى نجد أنه رغم حدة مفعول حامض الليسيرجيك الا أننا قلما نجد ظاهرة شدة التعلق به على عكس الحشيش مثلا . ولنتناول الآن مجموعات العقاقير :

(أ) **المهبطات** : وهى العقاقير التى تسبب خمودا فى نشاط خلايا المخ بدءا بخلايا القشرة المخية التى تقوم بالعمليات الدقيقة والمتطورة ، ويبدأ المفعوك بنشاط ظاهر للشخص نتيجة لاضعاف القدرة على التحكم

أولا : عقاقير الادمان : يمكن وصفها حسب الجدول التالى : ـ

مهبطات Depressants	منبهات Stimulants	مخللات Psycholytic
١ ـ المذيبات العضوية Organic solvents Acetone أسيتون Benzene بنزين Ether ايثير Alcohol ٢ ـ الكحول	١ ـ الزانثين Xanthine Caffeine الكافيين ٢ ـ المنشطات السمبتاوية Sympathetic stimulants Ephedrine افدرين	١ ـ جوزة الطيب Nutmeg ٢ ـ كونفولفيولين Convolvuline Cannabis ٣ ـ القنب Marijuana المارجوانا Hashish الحشيش Bango البانجو
المنومات والمهدئات Hypnotics and sedatives الباربيتيورات Barbiturates ٢ المنومات المصنعة Synthetic hypnotics ميثاكوالون Methaqualone Glutethimide جلوتيثميد ٣ ـ المهدئات الصغيرة Minor tranquilizers مبروباميت Meprobamate ديازيبينات (ليمريوم Diazepenes فاليوم)	١ ـ الامفيتامين Amphetamine مثدرين Benzedrine بنزدرين Dexedrine دكسدرين ٢ ـ متنوعة ميثيل فنيدات (ريتالين) Methyl — phenidate (**Ritalin**)	= ـ المسكالين Mescaline و ٢ ـ السيلوسايبين Psilocybine ٣ ـ الدايميثيل تريبتامين Dimethyl—tryptamine
Analgecics المسكنات ١ ـ الافيون ومشتقاته Opium ٢ ـ المسكنات المصنعة Stimulants ميثادون ، بيثيدين methadon, pethidine	١ ـ كوكايين Cocaine	١ ـ ل ٠ س ٠ د ٠ ٢٥ L. S. D. 25 (حامض الليسرجيك) ٢ ـ س ٠ ت ٠ ب ٠ S. T. P.

من قبل المراكز العليا علـى المراكز السفلى من المخ ، ولكن مـع زيادة المفعول يحدث هبوط فى كل المراكز من أعلى الى أسفل وقد يصل الى درجة الغيبوبة ثم الوفاة • وهذه العقاقير تسبب ادمانا عضويا سريعا (أشدها أسفل الجدول فى المسـكنات بينما المذيبات العضوية فى أعـلى الجدول تكاد تكون بلا ادمان عضوى) كما أن الاخيرة تصيب خلايا المخ بالضرر ، وهى أكثر انتشارا بين الكبار باستثناء المذيبات العضوية التى تكاد تكون مقصورة على الصبية والشباب •

(ب) المنبهات : وهى العقاقير التى تنشط خلايا المخ بادئة بالقشرة المخية وتؤدى الى نشاط ظاهر وحدة فى الانتباه والادراك ، ثم الى هياج وارتباك وهلاوس ، ثم الى تشنجات وقد تؤدى بعدئذ للوفاة • وهى وان تكادتكون عديمة التسبب فى الادمان العضوى الا أن الادمان النفسى عليها سريع نظرا لحالة النشوة التى تنتج عنها • وبعد انتهاء مفعول العقار من هذه المجموعة يحدث هبوط معاكس يؤدى الى الاحتياج لزيادة الجرعة • وهـذه العقاقير تزداد انتشـارا بين الطلبة والحرفيين والذين يقومون بأعمال مملة مثل القيادة لمسافات طويلة •

(جـ) المحللات النفسية : psycholytic drugs (وهنـــاك تسميات أخرى أقل دقة مثل المهلوسات hallucinogens ومحاكيات الجنون psychotomimetic وموسعات الوعى psychedelic وهى عقاقير تيسر الاتصالات بين خلايا المخ مما يؤدى الى اثراء فى الادراك الحسى perception والذكريات والتخيلات والتى نادرا ما تصل الى حد الهلاوس) قد تصل الى درجة الارتباك الشديد وحالة شبيهة بالجنون وهى لا تسبب ادمانا عضويا كما أن الادمان النفسى عليها محدود نسبيا •

تنتشر هذه المجموعة من العقاقير بين شباب الغرب لعدة اسباب منها رفض الانماط الاجتماعية السائدة للادمان (الكحول) والبحث عن بدائل

أقل ضررا (الحشيش مثلا) والافتتان بالشرق والبحث عن الخبرات الفنية وشبه الصوفية • وهذا عكس الحالة عندنا حيث يمثل احد عقاقير هذه المجموعة (وهو الحشيش) العقار الشعبى السائد للادمان ، وان كانت الطبقات الاجتماعية المتوسطة والعليا والتى تسير فى الركاب الحضارى للغرب تميل الى الكحول (رغم الحظر الدينى الصريح) •

شخصية المدمن :

تتصف شخصية المدمن ببعض الصفات المشتركة رغم الاختلافات الكثيرة فى انماط الادمان ومن هذه الصفات :

(أ) النزوع الى الاشباع الفورى بشدة : أن الطريقة الكيميائية لتغيير حالة الوعى هى اسرع طريقة لاحداث الاثر المطلوب فالمدمن يبحث عن متعة فورية ولا يستطيع التأجيل أو الانتظار •

(ب) البحث عن الاشباع الفمى : يريد المدمن أن يأخذ موضوعه ، وهو هنا العقار ــ بداخله ، انه يدخله من خلال فمه ، أو يستخدم الوسيلة النفسية الفمية وهى الاستدماج لادخاله فى حالة ما اذا استخدم مدخلا آخر مثل الحقن أو الاستنشاق •

(ج) الاعتمادية : لا يريد المدمن ان يبذل جهدا أو يسلك طريقا صعبا وهو يتعامل مع العقار كما يتعامل الطفل مع امه فيلجأ اليه عند كل صعوبة •

(د) الانطوائية : بدلا من مجابهة الواقع فان المدمن يلجأ للعقار عند أى احباط الامر الذى يسهل عملية انسحابه الى عالم خيالى ذاتى •

(هـ) المازوخية والعدوانية السلبية : أو الميل الى تغيير الذات وتوجيه العدوان ضدها بدلا من تغيير الموضوع أو العالم الخارجى ، وذلك

بهدف التكيف • فالعقار يحدث تغييرا فى الوعى كبديل للتغيير المطلوب احداثه فى الواقع ، علاوة على ذلك فان هذا التغيير كثيرا ما يرتبط بعملية الايذاء الذاتى •

الاسس الدينامية والنشوئية : ترجع الصفات الاساسية فى الادمان كما وصفناها فى المظـــاهر الاكلينيكية الى المرحلة الاولى فى الطفولة ، فالنزعات الفمية واضـــحة مثل الاشـــباع الفورى والاشـــباع الفمى • والاعتمادية ، هذا مع العلم بأن المراحل التالية أيضا تؤثر على الصورة الاكلينيكية ، فالذهانى والعصابى وصاحب الشخصية المضطربة قد يلجئون أيضا الى تناول العقاقير كمحاولة اخيرة للعلاج الذاتى ، كما يترك العقار ايضا بصمات على شكل الصورة الاكلينيكية •

وقد تكون هناك عوامل وراثية تؤهل الطفل للادمان أو على الاقل أو يثير الغرائز ضده ، اذ أنه فى بعض الاحيان لا يســمح المدمن لنفسه بالتعبير الغريزى الا بمعونة العقار ومن خـــلال تأثيره •

كما أنه ربما يسعى المدمن الى العقار كنوع من الجنــــون المقنن ولذلك يحتاج المدمن الى عقار « يذيب » الانا الاعلى أو يخفف من وطأته (فى صورة الجنون المستمر) • وقــد يتسم الانا الاعلى بالافراط فى التحكم والصرامة ، ولذلك يحتاج المدمن الى عقار « يذيب » الأنا الاعلى أو يخفف من وطأته ويثير الغرائز ضـــده ، اذ انه فى بعض الاحيـــان لا يسمح المدمن لنفسه بالتعبير الغريزى الا بمعونة العقار ومن خلال تأثـــيره •

الفصل السابع

الاضطرابات الذهانية

لم يكن الذهان فى الاطفال موضع اهتمام لعدة أسباب منها قلة الاهتمام بالطب النفسى للاطفال عامة ومنها أن الذهان بمعنى فقدان الاتصال بالواقع والنكوص الى مواقف طفلية مبكرة والضعف فى قدرة الانا على التكيف انما هو متداخل مع خصائص طبيعية فى المراحل الاولى مما لا يستدعى الانتباه . ونضيف أيضا أن القصور فى لغة الطفل وفكره يحد من وضوح الاعراض . الا أنه مع ازدياد الاهتمام بالاطفال وصف البعض حالات ذهانية مرضية بينما وصف آخرون الحياة شبه الذهانية للاطفال خاصة فى الشهور الاولى . كما أن سلوك الطفل أصبح لغةأقرب للفهم مما مضى ومن خلال ذلك الوضوح نستطيع أن نحدد مرضه .

ولعل من أهم مظاهر الذهان فى الطفولة السلوك النكوصى الذى لا يلائم المرحلة التى وصل اليها الطفل فعلاقته بالواقع تصبح مضطربة وقدرته على تكوين علاقات مع الآخرين محدودة كما يصبح نموه العاطفى مضطربا وتفكيره بدائيا ، وهى كلها مظاهر لاضطراب اساسى فى وظائف الأنا مضاف اليها نقص فى القدرة على تكوين الاعراض مثلما يحدث فى الكبار . اذا أضفنا الى ذلك أن مظاهر الاضطراب سوف تتأثر بالمراحل والصراعات التى يمر بها الطفل فقد نجد مظاهر الاضطراب فى الشهور الأولى تدور حول الوظائف الحيوية مثل الاكل والنوم بينما فى المرحلة الثانية نجدها تدور حول عملية الاستقلال عن الام وهكذا .

وسوف نقصر الوصف فى هذا الفصل على الذهان الوظيفى الذى ينشأ بدون سبب عضوى ظاهر .

ويمكن تصنيفه كالآتى :

١ ـــ ذهان الطفولة المبكرة •

(أ) الذهان الذاتوى — autistic psychosis

(ب) الذهان التكافلى — symbiotic psychosis

٢ ـــ ذهان الطفولة المتأخرة •

(أ) الذهان الفصامى الشكل — schizophreniform

(ب) أصناف أخـــرى

٣ ـــ ذهان المراهقـــــة •

(أ) حالات الارتباك الحادة — (acute confusional state)

(ب) الفصـــــــــام

(ج) اصناف أخـــــرى

أما الذهان الذى ينتج عن أمراض عضوية بالمخ فيسوف نصفه فى فصل اخر •

الذهان الذاتوى •

ويعرف أيضا بالذاتوية الطفلية المبكرة caily infan,ile antism

وقد وصفه كانر Kanner هذه الحالة فى ١٩٤٣

وأساسها ان الطفلبادىء ذى بدء لا يستطيع تكوين علاقات ذات معنى مع الآخرين على غير حالات الفصام حيث يكون الطفل قد كون علاقاته ثم انتكس • وهى أعراض وان كانت تبدو جزءا من طبيعة الطفل فى شهوره الاولى الا أنها مبالغ فيها وهى على أية حال لا تشد الاهتمام الا حينما يبدأ الطفل فى النمو ويتضح الفرق بينه وبين الاطفال الآخرين بل على العكس فان ظهور هذه الاعراض فى الشهور الاولى قد يأخذ صورة الهدوء المبالغ فيه فتبدو على الطفل الطمأنينة حينما يترك وحده كما أنه لا يخاف الغرباء وان كان لايصادقهم •

وتزداد الاعراض وضوحا بعد العام الاول فالمفروض أن يبدأ الطفل فى تعلم الكلام فى هذه السن ، الا أن الطفل الذاتوى ينغلق علـى نفسه ولا تظهر لديه حاجة للاتصال بالآخرين ، فيصبح استخدامه للغة بالتالى غيرضرورى ، ومن ثم فانه يتأخر فى استخدام اللغة واذا تعلمها ، فكثيرا ما تجد فيها مظاهر الاضطراب كان يكرر الطفل كلمات أو جمل أو قد يردد ما يقال له (المصاداة) أو يكرر الكلمة النهائية فى كل جملة ، وقـد يخلط بين معانى الكلمات ويخطىء فى تسمية الاشياء رغم انه قد يتعرف على الاشياء ذاتها ، ومع هذا فقد يجيد التعبير بوسائل أخرى غير منتظمة مثل الموسيقى والرسم ،

واذا كان الكلام يمثل جانبا من وسائل الاتصال بالاخرين فان السمع يمثل جانبا آخر ، وهنا أيضا قد نجد مظاهر الاضطراب فى انغلاق الطفل على ذاته بدرجة قد تجعله يبدو كما لو كان لا يسمع الاخرين وتبـدو استجابته للأصوات الأخرى غير الكلامية أفضل ،

وينطبق هـذا عـلى وسائل الادراك الاخرى مثـل النظر واللمس والتذوق فهو يميل الى الخلط بين الشكل والارضية ويكاد يوزع نظره على الاشـياء دون تركيز فقد يرى اشـياء على اطراف مجاله النظرى وقد لا يستطيع التفرقة بين درجات الحرارة أو طعم الاشياء وقد يجد صعوبة فى التوفيق بين الحركة والصوت (مثلا الرقص) ،

وعلى مستوى **السلوك الحركى** نجد بعض الحركات الغريبة مثل لى الاصابع والاذرع وكذلك الاهتزاز وخبط الرأس ولكن الغالب هو الحركات التى بواسطتها يبدو أن الطفل يسعى للتلامس مع بيئته والتعرف عليها فهو لا يحس الاشياء والاشخاص الا اذا تعامل معها جسديا وحركها ورتبها وكذلك لا يطيق التجديد والتغيير ،

فى مجال **المزاج** فان البرود العاطفى هو العنصر المميز ، ولكننا قد نجد انفعالات مبالغا فيها ولا تتفق مع الموقف فقد يخاف لسبب تافه ،

مع هذه الاضطرابات الادراكية والحركية والمزاجية فان **تصور الجسد** لدى الطفل لابد وان يتأثر ،

وكذلك سوف يتأثر **النمو** وفى هذه الحالة قد ينمو الطفل فى مجالات معينة نستطيع أن نقول أنها للحالات التى يقل فيها العامل الانسانى اذ أن علاقاته بالاشياء تكون أفضل من علاقاته بالاشخاص •

ويمكن **وصف السلوك** المرتبط بهذه الاضطرابات بأنه **سلوك ذاتوى** وهو الافراط فى الانطواء والانعزال والضعف فى العلاقات مع الاخرين •

وفى التشخيص الفارقى لهذا الاضطراب لابد أن نميزه عـن غيره مما يمكن ان يختلط به ، فمثلا السلوك الذاتوى يعتبر طبيعيا فى مرحلته فى الشهور الاولى وقد تبقى منه بعض البواقى فيما بعـد سرعان ما تزول مع الزمن • أما **اضطرابات الادراك والاحسـاس** الاولية مثـل العمى والصم فقد تكون مصحوبة بسلوك ذاتوى أو قد تتشابه نتائجها معه • وكذلك فى بعض حالات **الافازيا النشوئية** حيث هناك اضطراب فى الكلام • وأخيرا فلابد من التفرقة من **التخلف العقلى** حيث يتأخر الطفل أيضا فى فى الكلام والتعامل مع البيئة •

الاسس النشوئية والدينامية . اذا كان السلوك الذاتوى هــو جوهر ما يميز هذا الذهان ويبدو كل ما عداه ثانويا ، الا ان تحديد السبب والنتيجة يكاد تقترب من المشكلة الفلسفية • فقد نتساءل هل اضطراب الادراك هو الذى يؤدى الى السلوك الذاتوى أو العكس ، أن الانعزال وفقدان القدرة على تكوين العلاقات هو الذى يؤدى الى اضطراب الادراك • ولعــل الابحاث العضـوية فى الحالات الواضحة المصابة بهذا المرض اظهرت بعض الخواص العضوية التى قد نستطيع أن نرجع اليها المرض ، الا أن السؤال سوف يبقى بالنسبة للحالات غير الواضحة والبينية أى الى أى مدى يرجع اضطربما الى أساس عضوى أو بيئى؟ ولعل الجواب يتوقف على ظروف كل حالة على حدة ، الا أن هناك مشاهدات مثل ظهور المرض فى سن مبكرة وانتشارد بين الذكور اكثر منه بين الاناث ووجود مضاعفات فى الحمل والولادة فى تاريخ هؤلاء الاطفال ترجح العامل العضوى ، على الاقل فى الحالات الشديدة أو التى تبدو فيها العوامل البيئية واضحة •

ومن محاولات التفسير العضوى وجود الخلل فى المناطق الترابطية asscciation areas فى الفص المسيطر للمخ (الايسر) وكذلك وجود خلل فى التشكيل الشبكى reticular Formation

ومن العوامل البيئية نجد أن هناك ميلا لحدوث المرض فى الشقيق الاكبر كما أن الابويين عادة من المستوى الثقافى والذكاء فوق المتوسط مع وجود ميول وسواسية قهرية فى شخصيتهما من برود وجمود عاطفى وميل الى العقلانية .

الا أن هناك أهمية لدراسة هذا المرض تأتى من أنها تلقى الضوء على مرحلة طبيعية فى نمــو الطفل وهى المرحلة الذاتوية ، مــع فرق أن أغلب الاطفال يتجاوزون هذه المرحلة بينما الطفل المريض يثبت عندها . كما اننا نستطيع أن نرى النكوص الى هذه المرحلة يحدث فى مرضى الفصام مع الفرق ان مريض الفصام قد تخطى جزئيا مرحلة الذاتوية واستطاع تكوين بعض العلاقات مع الواقع ثم عاد بالنكوص الى تلك المرحلة آخذا معه بعض خصائص المراحل المتقدمة .

كما يجب أن نأخذ فى الاعتبار العلاقة الدائرية بين العوامل العضوية والبيئية فالطفل الذى يولد بميول ذاتوية قد يستنفز امه لتعامله بالتالى معاملة خاصة ومميزة عن بقى اخوته مما قد ينمى فيه ظواهر المرض .

الذهان الكفلى :

وصفت ماهلر Mahler مراحل الطفولة المبكرة بادئة بالمرحلة الذاتوية حيث لايفرق الطفل بين الذات والموضوع ويعتبر نفسه جزءا من الكون والكون جزءا منه . ويرتبط ذلك بانعدام قدرته على التعرف على حدوده لان ذلك التعرف أمر يتطلب درجة من النضج فى الجهاز العصبى يجعله يفرق بين احاسيسه الداخلية والذاتية visceroception, Proprioception واحاسيسه الخارجية exteroception . ومع نضوجه وبداية تكوينه لتصور جسده ، body image وهو نواة لتصور

الذات ، فانه يمر بمرحلة يكون لذاته وجود مرتبط بوجود آخر ، فالعالم الخارجى وان كان قد أصبح متميزا الى حد ما عن الذات الا انه مازال ينظر اليه كامتداد للذات • والعلاقة بين الطفل والعالم الخارجى (وهو أساسا أمه فى هذه المرحلة) هى أقرب الى العلاقة التكافلية فلاغنى لكل من الطرفين عن الآخر • وسميت هذه المرحلة **بالمرحلة التكافلية** symbiotic أى أنه رغم وجود مظاهر للارادة المستقلة والكيان المنفصل الا أن عناصرها لم تكتمل بعد ومازال الطفل غير قادر على ممارسة وجوده دون أمه • وهذه المرحلة تعتبر تدرجا وانتقالا الى المرحلة التى تليها وأن كانت هذه تستمر الى مالا نهاية فى سبيل الاكتمال وهى مرحلة الانفصال والتفرد (separation — individuation

وكما يمثل الذهان الذاتوى المبالغة المرضية للمرحلة الذاتوية فأن الذهان الكفلى يمثل المبالغة المرضـــية للمرحلة التكافلية • وطالما يعيش الطفل هذه المرحلة فى أوانها فليست هناك مشكلة ولكن المشـــكلة تظهر حينما يكون الطفل مطالبا بالنمو والاستقلال فى صورة الانفصال عن امه والتفرد بذاته ويقاوم هذا النمو أو يفشـــل فيه والاعراض المرضية التى تظهر نصف بتشبثه بتلك المرحلة ورغبته فى العودة اليها •

الصورة الاكلينيكية : عادة يكون الطفل بين الثانية والرابعة (وهى السن التى يبدأ فيها تحدى الانفصال والاستقلال عن الأم) ويصبح شديد الارتباط بأمه ويخاف انفصالها عنه وينفعل بشدة اذا ما تركته فهو لا يملك القدرة على تحمل الاحباط طويلا •

ويظهر ذلك فى فشله فى ممارسة أى انجاز نحو الاستقلال مثـــل محاولات المشى أو الكلام ، فانه يبكى بشدة ويمتنع عن المحاولة خوفا من الخطأ وهو على خـــلاف الطفل الذاتوى قد ينجح فى تكوين علاقة مـــع آخر الا أنها علاقة كفلية تتغذى وظيفتها فى مساعدة الطفل على النمو بل تعيق نموه وتجعله يخاف التعلم والاستقلال والمبادرة • ولذلك نجد الانفعالات مبالغا فيها فقد يبدو أن الطفل محب لامه ودافىء بينما حقيقة

الامر أنه متعلق بها ويخاف الانفصال عنها • وقد يصل هذا الخوف من الانفصال الى درجة الرعب الذى يأخذ صورة البكاء الشديد والتشــنج والغضب الامر الذى يؤدى الى فشل الطفل فى تكوين علاقات مع آخرين غير أمه ومن ثم فقد يقاوم الذهاب الى المدرسة (وقد نجد هذه الظاهرة وحدها كصورة اكلينيكية وهى رهاب المدرسة ،) أو قد ينتكس فى نواح أخرى من نموه كأن يعود لفقدان التحكم فى مخارجه (التبول والتبرز اللا ارادى) ، كما انه قد يستعيض عن علاقاته بالاخرين بأن يعود الى تفكير بدائى فيتعامل مع الاشياء كما لو كانت اشخاصا ويتخيل اشخاصا واصواتا واحداثا لا وجود لها فى الواقع ، ومن هنا قد تبدو الحالة شبيهة بالفصام فى الراشد بما فيه من هلاوس وضلالات بل أننا نستطيع أن نجد شتى الاعراض العصابية تظهر على السطح بينما جوهر المرض هو هذا الذهان التكاملى •

الأسس الدينامية والنشوئية : ـ مثل الذهان الذاتوى نجـــد أن الاسس العضوية فى تفاعل مع المؤثرات البيئية تؤدى الى الصورة النهائية للاضطراب الا أن العلاقة التكافلية علاقة تشمل جانبى الطفل والام ـ كلاهما يعتمد على الاخر •

ومن هنا فقد اتجهت الانظار الى دور الام كعنصر مسبب للاضطراب هنا أكثر مما هو الحال فى حالة الذهان الذاتوى • فالتكافلية فى الام تأخذ صورة اعتماد الام على اعتمادية الطفل عليها ، فهى لا تشعر بقيمتها الا من حيث أنها أم لهذا الطفل الذى لا يستطيع ان يحيا بدونها • فمهما كانت شكواها الظاهرية من ان الطفل يلتصق بها ولا يعتمد على نفسه الا أننا سوف نجد أنها بصورة غير معلنة تجد ما يملأ حياتها من جــراء هــذه الاعتمادية من جانب الطفل • فقد تكون زوجة تركت عملها وانشغل عنها زوجها بعمله أو كبر أبناؤها الآخرون فوجدت نفسها فى فراغ وأصبح وجودها يتمركز حول دورها كراعية لذلك الطفل المريض الذى يحتاجها • وقد يكون الطفل كما اشرنا مهيئا بتكوينه الوراثى الانطوائى الى الا يأمن

الا فى كنف أمه • وبين استعداد الام واحتياجها واستعداد الطفل واحتياجه تنشأ العلاقة التكافلية •

ان مثل هذه العلاقة التكافلية من الجانبين كما اشرنا مرحلة طبيعية فى نمو الطفل وضرورية لنموه فالطفل من الناحية الواقعية يحتاج الى أمه والام من جانب آخر — وربما بشكل أقل وضوحا — تحتاج الى الطفل (فهو بالنسبة لها ليس مجرد احد عناصر زينة الحياة الدنيا ولكنه ضرورة اقتصادية واجتماعية ونفسية بل وفسيولوجية ، أى أنه يمثل المال أيضا بالاضافة الى البنين) الا أن الذى يحول هذه العلاقة الى علاقة مرضية هو استمرارها بعد أن تؤدى وظيفتها التكيفية أو وجودها بصورة مبالغ فيها • فالمفروض ان يبدأ الطفل فى ممارسة استقلاله بعد أن استطاع ان يؤكد فى المرحلة الثانية قدراته على ممارسة ارادته فينتقل باستقلاله هذا الى ممارسته فى المرحلة الثالثة من أجل المبادرة فى التفاعل مع البيئة •

ان تكوين الانا هنا افضل منه فى حالة الذهان الذاتوى اذ أن الطفل يمارس درجة من الصلة بالواقع ويستطيع أن يكون علاقات مع الآخرين رغم انها علاقات مرضية • واحيانا يفقد الانا الصلة بالواقع والآخرين وتفقد السيطرة على الغرائز وهنا يلجأ الطفل الى الوسائل الدفاعية المختلفة وعند الانهيار التام فانها تتحول الى وسائل دفاعية ذهانية كالانكار والاسقاط والاستدماج وكذلك يفقد القدرة على الحكم على الواقع ويخلط بين الواقع والخيال ويفقد القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة ويلجأ الى تثبيت البيئة ، ونرى فقدان السيطرة على الغرائز فى حدوث نوبات من الغضب والصراخ والبكاء تتبادل مع الانطواء فوجود علاقة بالموضوع يعطى مجالا لخروج الغرائز نحو ذلك الموضوع بدلا من الانطواء التام وتحويلها بصفة مستمرة الى الداخل •

الفصل الثامن

الاضطرابات النفسية الجسمية

تشهد الطب حديثا تصحيحا لمفهومه التقليدى للمرض اذ بعد أن صار محور الطب جسد الانسان متجاهلا العوامل البيئية المختلفة التى تؤثر فيه عاد ليؤكد اهمية تلك العوامل • ومن هنا نشأ الاتجاه النفسى الجسمى والذى اتخذ شكلا آخر وهو الاتجاه الكلى للشخص (psycho-somatic approach whole-person approach) فى الطب وهنا يكون التعامل مع الانسان ككل متكامل شاملا الجسم والنفس • وهو اطار يشمل جميع الامراض اذ لا يعقل ان يكون هناك مرض بدون مريض ، والمريض انسان يتأثر بما حوله ويؤثر فيه • ومرضه حتى ولو كان جسديا بحتا الا انه يتأثر بنفسيته ويؤثر عليها • ولكن هناك بعض الامراض تتميز عن غيرها بان العوامل المسببة والمرسبة لها يغلب عليها الطابع النفسى وترتبط بالحالة الوجدانية للفرد ، ومن امثلة هذه الامراض بالتحديد حالات الربو والحساسية والقرحة وغيرها وقد عرفت هذه الامراض بالتحديد بالامراض النفسية الجسمية • الا أن تأثير النفس على الجسم يحدث بوضوح فى حالات الهستيريا التحولية مع فارق ان التحول فى الهستيريا يحدث بواسطة الجهاز العصبى الارادى وهو اساسا اضطراب فى التحكم فى الجسد بواسطة ذلك الجهاز ، فلا توجد تغييرات عضوية ظاهرة فى الاجهزة المريضة ولكن التغييرات اساسا وظيفية • بينما فى الامراض النفسية الجسمية فان الجهاز العصبى الذى يؤدى الى الاضطراب هو الجهاز العصبى اللارادى أو الذاتى

autonomic الذى يؤدى وظيفة التعبير الجسدى عن الانفعال •
أى أن مصدر الاضطراب هنا هو تراكم آثار الاثارة المستمرة لهــــذا الجهاز وما يؤدى اليه من تغييرات فى الجســد • فالامراض النفســية الجسميه تختلف، عن الهســتيريا التحــولية بوجــود تغييرات عضــوية (وليست مجرد وظيفية) رغم ان أسبابها نفسية فى المقام الاول •

العنصر الثانى المميز للامراض النفسية الجسمية هو أنها قلما تكون لها دلالة رمزية كبديل مباشر لرغبة سطحية مكبوته مثلما هو الحال فى الهستيريا وانما هى تعبير انفعالى مزمن وبدائى عن رغبات عميــقة • فالامراض النفسية الجسمية من الناحية النشوئية الدينامية انما هى اقرب الى حالات الذهان منها الى العصاب بقدر ما هى تعبير عن صراع على مستوى مبكر •

ولعلها تمثل لغة جسدية بدائية وقبل لفظية حينما كان الانفعال لدى الطفل يأخذ صورة الاستجابات الجسدية • ولعل هذا يلقى بعض الضوء على انتشار الامراض النفسية الجسمية بين من لا يميلون الى التعبير اللفظى أو الحركى عن انفعالاتهم بل يستخدمون لغة الجسد البدائية علاوة على ميلهم لتحويل الانفعال الى الداخل بدلا من البيئة •

الانفعال والجســـــــد :

ان الانفعال استجابة شاملة للكائن الحى ازاء مواقف بيئية مثيرة تدعو لتفاعل الكائن معها وقد يكون هذا التفاعل تدميريا يأخذ صورة الهرب أو القتال fight — flight ويستخدم فيها الجهاز العصبى السيمبتاوى مع تغليب هورمون الادرينالين فى حالــة الخــوف وهورمون النورادرينالين فى حالة الغضب • ولعــل هــذا المتصــل مــن الانفعالات يعبر عن النزعات العدوانية أو التدميرية (غريزة الموت لدى فـــرويد) •

أو قد يكون الانفعال بهدف الادماج والبناء كما يحدث فى هضم الطعام أو الالتحام الجنسى وهنا تكون الغلبة للجهـــاز العصـــبى البارسيمبتاوى ويفوز فيه هرمون الاستيل كولين acetyl cholme وان كان افرازه محليا وعند أطراف الاعصاب وليس من الغدد الصماء فى الدورة الدموية • ولعل هذا الجانب من الانفعال يعبر عن الغرائز الليبيدية عند فرويد •

الا ان هذا الفصل مصطنع والذى يحدث فى الطبيعة هوتعاون وتكامل بين الجهازين وبين المجموعتين من الغرائز • فالطعام لكىيؤكل ويهضم لابد أن يسبقه عملية قتل اكائن حى آخر (نباتا كان أو حيوانا بل وانسانا بقدر ما يحدث التنافس على غذاء محدود كما هو الحال فى مجتمعاتنا المتحضرة) • كما أن اللقاء الجنسى لكى يتم لابد من أن تسبقه عمليةتنافس بل وصراع بين افراد الجنس الواحد من أجل الحصول على الطــرف الآخر بلانه لابد مندرجة من العدوانية من أجل انجاح الممارسةالجنسية ذاتها مع الجنس الآخر • وربما يدل على ذلك ان التغييرات الفسيولوجية التى تحدث فى اللقاء الجنسى تكاد تكون مشابهة لمثيلتها فى العدوان • كما أنه فى كلتا الحالتين فان نهائية اللقاء (الجنسى أو العدوانى) هى حالة من الاسترخاء والنوم وهما من وظائف الجهاز العصبى الباراسيمبتاوى• كما أن اللقاءات الجنسية كثيرا ما تكون امتع بعد خلاف وكما يقـــال « لا محبة الا بعد عداوة » ، ومن جانب ممارسة الغرائز العدوانية فهى أيضا لا تخلو من آثار نقيضها فالكائن الحى قلما يعتدى على كائن لا يحبه بشكل أو بآخر فالحيوان المفترس يقتل ما يشتهيه بهدف أكله أو ينافسه على أكله • وفى الانسان فان أغلب المشاجرات بل وجـــرائم القتـــل تحدث بين الأقارب والأصدقاء •

ولعل هذا التناسق الفسيولوجى بين شقى الجهاز العصبى اللارادى أى السيمبتاوى والباراسيمبتاوى يقابل ما يعرف فى التحليـــل النفسى

بالتحام الغرائز fusion of drives وهو حال مقابل للصحة النفسية وانعدام الصراع الداخلى • بينما الحال المقابل للمرض النفسى يكون فيه صراع بين الجانبين مما قد يؤدى الى كبت جانب دونا عن آخر أو كبت الجانبين بدرجات مختلفة •

ولعل هناك اختلافات أساسية فى انماط الاستجابة لدى الجهاز العصبى أسوة بالاختلافات الأساسية التى وجدها ايزنك Eysenck بين الانبساطيين والانطوائيين فيما يتعلق بسهولة التعليم الشرطى وكذلك فى ميولهم لأنماط مختلفة فى الاستجابات المرضية •

ويتم التناسق بين الجانبين على مستوى المراكز العليا فى الجهاز العصبى المركزى وهى أساسا فى المنطقة تحت السرير البصرية hypothalamic ، ومن خلاله يحدث التناسق مع الغدة النخامية بواسطة اتصالات عصبية وكذلك اتصالات كيمائية عن طريق دورة دموية محلية • وبالصعود درجة أعلى فان السيطرة تأتى من ذلك الجزء من المخ الذى يعرف بالفص المخى الشمى rhinencephalon ويشمل الـ limbic system وهو يعتبر مركز الوعى الانفعالى • وهو بدوره يتأثر بالمراكز العليا فى القشرة المخيه والمخ •

الا أن الانسان ككائن متطور لا يستجيب للمواقف المثيرة بمجرد الانفعال ولكنه يدخل عنصر التفكير وتقييم الواقع (وهو من وظائف الانا) ومع زيادة تحضره فان مثل هذا البعد فى النظر يشمل الأخذ فى الاعتبار مواقف الافراد الآخرين الذين يكونون المجتمع الذى ينتمى اليه (وهنا تنشأ وظائف الانا الأعلى) وفى كلتا الحالتين فهو يؤجل أو يضع الاستجابة الانفعالية المباشرة للمواقف بقصد الحفاظ على أمنه وسلامته فى الأمد الطويل وتجنب المخاطر والحصول على مطالبة الغريزية • الا أن هذا الفاصل الزمنى بين الاستجابة الانفعالية وبين ممارسة الرغبة وتحقيقها

هو ذاته الذى قد يؤدى الى انشقاق الانسان على نفسه فينشأ الصراع بين هذين الجانبين الغريزة (الهو) من جانب والاجهزة العليا فى المخ التى تقابل الانا الأعلى من جانب آخر • والصحة النفسية مرة أخرى تقابل الميل لانعدام الصراع الداخلى بين الجانبين وذلك بواسطة عملها فى تناسق وتناغم ، فاذا تغلب جانب على آخر فان السلوك الناتج يصبح سلوكا مرضيا طالما ان الجانب المغلوب على أمره يسعى للظهور بشكل ما مما يؤدى الى استمرار الصراع بين الجانبين ويحد من قدرة التكيف وهذا هو السلوك الذى نتعارف عليه بانه مرضى •

الانفعال فى الانسان هو خبرة متكاملة تشمل جميع مستويات الوجود الانسانى وهو فى مواجهة مثيرات فى البيئة الخارجية بادىء بأطراف الجسد ثم صاعدة الى مستويات جهازه العصبى والنفسى الى أعلى درجاته •وهو بهذا المعنى خبرة تكيفية تؤدى الى الحد الأقصى من التفاعل بين الانسان وبيئته • فاذا لم تكتمل الخبرة بجميع جوانبها فان ما ينتج هو حالة من الفائض للطاقة تسعى الى الاستكمال closure (بالمعنى الجشطالطى) • والانفعال يقابل نفسيا حالة الاحباط أو الجوع والتى تعبر عن وجود رغبة فى مقابل رغبة مضادة أو عقبة موضوعية تعترض اشباع هذه الرغبة •

لعلنا نستطيع أن نفترض هنا أن الذى يحدث فى المرض النفسى الجسمى هو تراكم للانفعال على المستوى الجسدى دون أن يصعد الى الوعى ويتبلور فى مفاهيم والفاظ علاوة على أنه لم يكتمل من جانب آخر وهو جانب الفعل التكيفى • أى أن هناك ما يثير الفرد دون أن يعيه تماما فيستجيب الفرد على مستوى جسده ولكن دون أن يفرغ هذه الطاقة فى صراع (عدوان) أو لقاء (جنس) مع آخر • والنتيجة هى حالة من الانفعال الجسدى المزمن الذى لا يؤدى وظيفة تكيفية ولا يفرغ فى فعل أو تفاعل مع موضوع ، فيستمر الجسد فى حالة استعداد مزمن دون تفريغ ، فلا هو يفعل ولا هو يستريح انما يستمر مشدودا •

وقد يكون المثير هو اغراء بالجنس أو تهديد بالعدوان والاستجابة هى حالة من التأهب الجسدى لهذا الاغراء أو التهديد • ولكن الواقع والبيئة الاجتماعية لا يسمحان بالتعبير عن هذه الرغبات فتستمر كرغبات جسدية دون مستوى الوعى ، وتبقى حالة التأهب دون تفريغ هى بمثابة حالة اغراء بدون اشباع لكائن لا يسمح له بالتعبير أو حتى الوعى برغباته • وهو حال يكاد يكون العنصر المميز للمجتمعات الناشئة والتى لا تستطيع أن توفر سبل الاشباع لأفرادها فى ظل وجود عامل الاغراء أى الامل فى الاشباع • ويضاف الى هذا بالطبع العامل الفردى وهو أن هناك فروقا بين افراد فى الميل للاستثارة والانفعال علاوة على اختلاف نوعية الانفعال • فقد يستجيب فرد لموقف ما بالغضب بينما قد يستجيب آخر لنفس الموقف بالمرح •

ولابد أن نؤكد هنا خاصتين فى الانفعال كمسبب للمرض ، الأولى أن الانفعال يتوقف عند التعبير الجسدى ويكاد لا يصل الى الوعى ولذا فالمريض قلما يشكو من الناحية النفسية والثانية أن الانفعال لا يساوى بالضرورة القلق وهو المؤشر الأول للخطر ويسبق ظهور الانفعال التكيفى المفضل لدى الفرد (مثلا سيمبتاوى أو باراسيمبتاوى) علاوة على أنه قد يتخذ أى عضو فى الجسم كوسيلة للتعبير •

الطفل والإنفعـــــال :

فى حالة الطفل فان تكوينه البدائى لا يسمح له بالتعامل مع الواقع والمجتمع وحده فان أبويه ينوبان عنه فى تلك الوظائف (وهى وظائف الأنا الأعلى) ومن ثم فان الاستجابة الغالبة لدى الطفل هى الاستجابه الانفعالية أساسا • فهو حينما يبكى يبكى بكل وجدانه وحينما يضحك يضحك بكل وجدانه أيضا ،، كما أنه سريع التقلب بين هذا وذاك • علاوة على أن تحمل المجتمع له يسمح له بتفريغ هذه الطاقة أولا بأول فلا تتراكم بالتالى ولا تؤدى الى المرض • ومع النمو والتحضر فان الطفل يستطيع

ترجمة انفعالاته الى الفاظ ومفاهيم وافعال مع درجـــة من القدرة على التحكم فيها ومن خلال ذلك يستمر فى تفريغ تلك الشحنات مـــن الطاقة بطريقة مقبولة اجتماعيا • الا أنه فى بعض الاطفال نجد تفاعلا بين منع المجتمع لتعبيره عن انفعالاته (الأمر الذى يؤدى الى القمع والكبت علاوة على انه قد لايدع له فرصة لترجمة تلك الانفعالات الى الفاظ ومفاهيم (لكون علاقاته بالاخرين محدودة أولا يسمح له فيها بالتعبير) • من جانب آخر قد نجد لدى الطفل ميلا للتعبير بواسطة الانفعالات الجسدية فقط دون اللفظية أو الفعلية • اى انه تعبير لا يجد مخرجا الى الوعى او الى الخـــارج انما هو اساسا موجــه الى ذاته ونستطيع أن نعتبره نوعا من التغيير الذاتى autoplasticity كوسيلة للتكيف كما نستطيع أن نرى فيه عناصر المازوخية والنرجسية فهو عملية تحويل للطاقة الغريزية الى الداخل • ولعل هذا الطفل هو الذى ينشأ فيه الميل للمرض النفسى الجسمى وخاصـــة اذا اضفنا الى ذلك نقطة ضعف جسمانية بعينها تهىء لظهور المرض فى هذا المكان بالذات locum resistentiae minoris

الاستجابة الفردية المحددة : individual response specificity

وهى محاولة تفسير للأمراض النفسية الجسمية تجمع بين نظرتين وهما :ـــ

١ ـــ ان الاستجابه الانفعالية موحدة لكل المثيرات •

٢ ـــ ان الاستجابه الانفعالية تتوقف على نوع الصراع والعامـــل المثير •

وفى هذه المحاولة التفسيرية نجد أن الاستجابة الانفعالية تتوقف على الفرد بقدر ما تتوقف على العامل المثير • فهناك فرد يستجيب مثلا للاحباط فى رغباته الاعتمادية بواسطة الافراز الحامضى بالمعدة (الذى يساهم فى تكوين القرحة) بينما قد يستجيب فرد آخر لنفس المثير بالصـــــداع ويستجيب ثالث بالاكتئاب ورابع بالهوس الـــخ بل ان نفس الفـــرد قد ويستجيب بطرق مختلفة لنفس العـــامل المثير فى اوقات مختلفة • ومرة

أخرى فلعل هناك نقطة ضعف لدى الفرد تجعله يستجيب بواسطة عضو بالذات فى جسـده •

الصـور الاكلينيكية :

سوف نسرد هنا بعض انماط الاضطرابات النفسية الجسـمية فى الأطفال فى الأجهزة المختلفة • ومع افتراض الميول التكوينية الجسدية التى تجعل عضوا دون آخر هو المعبر عن صراع نفسى فاننا سوف نصف بعض الأسس الدينامية والنشوئية لتلك الاضطرابات •

أما من ناحية المظهر الاكلينيكى العام لهذه الاضطرابات فاننا غالبا ما نجد انعداما للوعى بالأسس النفسية للاضطراب وقد ينتقل الطفل من طبيب الى طبيب يتناول العلاجات المختلفة قبـل أن يتيقن أحـد أن المرض يعبر عن صراع نفسى • بينما هناك بعض حالات يتيقن فيهـا الطبيب منذ البداية (أحيانا) أو الأهل (أحيانا أكثر) ، فالوعى النفسى فى مصر يكاد يكون أفضل عند العامة منه عند المهنيين الذين يميـلون الى تشخيص الامراض على أساس عضوى بحت •

وقد تكون الأسس النفسية للمرض غير ظاهرة على السطح من الوهلة الاولى ، فكما ذكرنا يكون التعبير الجسدى بديـلا عن التعبـير اللفظى بل والوجدانى • فليس لدى الطفل ما يشكو منه غير مرضـه الجسـدى •

ومن ناحية الأم قد نجد نفس القصور فى البصيرة ، فكم هـو أفضل أن يكون مرض الطفل ناتجا عن تغييرات عضوية داخـل جسده ولا علاقة له بعلاقاته الانسانية وبيئته • فمازال هناك خجل من الاعتراف بالمرض النفسى نظرا لما يحمل هذا الاعتراف من مسئولية للمعنيـين فى حياة الطفل • فاذا ما اختلط مفهوم المسئولية باللوم والادانة وما يصاحب ذلك من شعور بالذنب فان مقاومة البصيرة تتضاعف • من هنا فان تشخيص

المرض النفسى الجسمى يصبح فى حد ذاته جزءا من العـــلاج النفسى ويتطلب درجة من الرقة والحساسية من جانب الطبيب الذى قد يستعين فى هذه الحالة بالاخصائى النفسى والاخصائى الاجتماعى •

ولكى يكون التشخيص ايجابيا أى مبنيا على وجود ما يشير الى صراعات نفسية وليس مجرد تشخيص بالسالب على أساس انعــــدام وجود أسباب عضوية للمرض ، فانه يتعين عـلى الاخصائى ان ينظر خلف المظهر الاكلينيكى السطحى ، فيجب ألا يكتفى بأنه لا يجد (على السطح) مظاهر للصراع النفسى ولكن لابد أن يتدرج بالحديث مـع الأسرة والطفل الى العلاقات بينهم والى حالاتهم الوجدانية • كمـا انه يجب أن يلتفت الى وجود عوامل نفسية مرسبة للمرض اذ أن المرض النفسى ليس حالة مستمرة ولكنه يزيد وينقص ويظهر ويختفى عـلى حسب وجود العوامل المرسبة ودرجاتها •

ولننتقل الآن الى وصف لصور مجددة لبعض هذه الأمراض مع محاولة تفسيرية للأسس الديناميه والتنشئوية :

١ ــ الجلد :

لعل أهمها الاكزيما eczema والارتكريا urticaria وهى حالات حساسية جلدية كثيرا ما تظهر فى الأسابيع الأولى بعـد الولادة وتختفى مع النمو وخاصة اذا ما كان النمو فى اتجاه صـحى نفسيا • فاذا لم يكن كذلك فان الميل ينشأ لحدوث المرض عند كل أزمة نفسية وأحيانا يستبدل هذا الشكل بالحساسية بشكل آخر كأن تصبح لدى الطفل قابلية للربو أو غير ذلك وهناك أيضا بعض حالات الهرش pruritis ، وخاصة الهرش المحلى عند المناطق التناسلية والشرجية ، وكذلك التهاب الجلد المصطنع dermatitis artefacta حيث يصـــاب الجلد نتيجة لفعــــل من جانب المريض ومـرض

الثعلبة alopecia ومرض حب الشـــباب acne وغير ذلك •

الاسس الدينامية والنشئوية : اذا اعتبرنا أن الجلد هو أول الاعضاء التى بواسطتها يتفاعل الطفل مع بيئته فان اريكسون يصف المرحلة الأولى فى نمو الطفل بالمرحلة الفمية الحسية التنفسية

oral — respiratory — sensory فان هذا

يفسر الشكل البدائى للصراع النفسى الذى يعبر عنه الجلد • فالاحتياج الى الدفء والاقتراب والاعتمادية يجد التعبير عنه مـن خـلال الجلد وكثيرا ما نجد الوصف لبعض الأمراض الجلدية بأنها « تبـكى » أو تصرخ أو تغضب ومع نمو الطفل فان الجلد يؤدى نفس الدور التعبيرى ولكن على مستويات أفضـل فهو يعبر عـن الخجل وكذلك الغضـب (بالاحمرار) والحزن والخوف (بالاصفرار وبالعرق وبانتصاب الشعر أو وقوعه أو تغير لونه) • كما قد يعبر عن الرغبات الجنسـية والتى ترتبط بالمازوجية فى صورة الهرش للاعضاء الجنسية (وهى عبارة عن بـديل للعادة السرية مندمج مع العقوبة الذاتية

٢ — **الجهاز الهضمى :** تنقسم اضطرابات الجهاز الهضمى النفسية الجسمية الى عدة مجموعات :

(أ) اضطرابات الشهية والاكل : وأهمها فى الاطفال حالات فقـدان الشهية العصبى anorexia nervosa وحالات الشهية المفـرطة bulimia وحالات القىء العصبى psychic vomiting

تظهر حالة فقدان الشهية العصبى غالبا فى الاطفال عند البلوغ وفى أغلب الحالات فى الاناث وهى عبارة عن فقدان الشهية للاكل مصحوب بانخفاض شديد فى الوزن ينتج عنه تأخير فى نمو الصفات الجنسية الثانوية

مثل الثديين والأليتين والشعر تحت الابط وفى منطقة العانة • وتنقطع العادة الشهرية ويتأخر البلوغ وتحدث مضاعفات فى الغدد النخامية تؤخر النمو وتنخفض مقاومة الجسم للمجهود وللمرض ويزداد فقدان الشهية ثانويا لاضطراب فى الغدة النخامية •

الأسس الدينامية والنشوئية ــ ان ظهور المرض قبيل سن المراهقة يرجع الى ان هناك صراعا حول تبول الدور الأنثوى من جانب الفتاة ، اذ بامتناعها عن الأكل فهى كثيرا ما تشير الى رغبتها فى حفظ وزنها واحيانا رفضها للبروزات الانثوية (الثدين والأليتين) • وكذلك الخوف من الحمل الذى قد تعتقد الطفلة (على المستوى اللاشعورى) انه يحدث بواسطةالفم • الا أن دراسة هذه الحالاتبعمق تشير الىوجود صراعات على مستوى اعمق نفسيا ، اذ يرجع الصراع الى المرحلة الفمية وارتباط عملية الاكل فى ذهن الطفلة بالعدوان • فهى فى الواقع تخاف من عملية الأكل نفسها لكيلا تدمر بواسطتها من تحب وهى عادة الأم • وتغلف هذه العدوانية الشديدة بصورة ظاهرية للاعتمادية الشديدة والرقة المبالغ فيها والطاعة والوداعة والخجل •

أما حالات الشهية المفرطةوهى أقل انتشارا فانها تأخذ صورة الافراط فى الطعام بطريقة جيرية • وهى تعتبر الوجه الآخر للعملة بالنسبة الحالة السابقة وتعبر عن الرغبة فى الحصول على الرعاية واحيانا يكون هناك اساس عضوى لهذه الحالة فى صورة الافراط الزائد لهورمون الغدة الدرقية thyroid hormone • بل أن هذه الحالة كثيرا ما تتناوب مع الحالة السابقة •

وقد تكون السمنة المفرطة obesity ناتجة عن الشهية المفرطة علاوة على احتمال (نادر نسبيا) لوجود اسباب اخرى فى الغدد الصماء وهنا يدخل عنصر الحلقة المفرغة حيث تكون السمنة ذاتها مصدرا للاضطراب النفسى والاضطراب مصدرا للسمنة •• وهكذا •

في حالات **القيء العصبي** فإن عملية الأكل تكون طبيعية ولكن الطعام لا يبقى فى المعدة بسبب تقيؤ الطفل وتمثل الاحساس بالذنب لدى الطفل نتيجة لارتكابه « جريمة » الاكل والتى تمثل تحقيقا لرغبة عدوانية تجاه موضوع الحب •

(ب) اضطرابات البلع :ـ وأهمها عصاب المرىء oesophageal neurosis **وتقلص فم المعدة** cardiospasm • فى الحالة الاولى تتم عملية البلع جزئيا ويبقى هناك يكون لها اساس عضوى والاسس النفسية تنبنى على وجود حالة من التقزز وهو عبارة عن جماع للاغراء والرفض فى ثنائية وجدانية •

أما حالة تقلص المعدة فان البلع يتوقف عند الجزء الأسفل من المرىء وهى شبيهة بالسابقة من حيث الأسس النفسية •

(جـ) اضطرابات الهضم :وأهمها عصاب المرىء gastric neurosis والقرحة الهضمية peptic ulcer وهى وان كانت حالات قليلة الحدوث فى الاطفال الا أن اسسها النفسية والعضوية تظهر فى تلك الفترة •

فى حالة عصاب المعدة فهناك اضطرابات فى المعدة بعد الأكل منها الألم والاحساس بالنقل والغثيان وارجاع الطعام وتجشؤ الغازات •

ولعل بعض الأعراض يرجع الى عادات سيئة فى الأكل مثل الاستعجال وعدم الانتظام وبعضها يرجع الى اضطرابات فى الافرازات الهضمية وبالذات حامض الهيدروكلوريك •

أما القرحة فان النوع المبنى على أسباب نفسية هى قرحة الاثنى عشر duodenal ulcer وهى تظهر فى الكبار وتأخذ صورة الألم فى البطن (الجزء الأوسط العلوى) بعد الأكل بحوالى ساعتين • وقد وجدت بعض الصفات النفسية لهؤلاء المرضى اساسها وجود نزعات اعتمادية شديدة محبطة تتبعها احيانا محاولة للتعبير عنها ورد فعل بالاستقلال

الظاهرى • تبدأ هذه النزعات الاعتمادية الشديدة فى الشهور الاولى وقد يكون لها أساسها الوراثى فى شكل وجود ميل الى الافرازات الهضمية بالمعدة بصورة اكثر من المتوسط أى ميل الى التغلب الباراسيمبثاوى على مستوى المعدة ، مما يجعل الطفل يشعر بالجوع بسرعـــة ويبكى كثيرا ويلتصق بأمه • فاذا ما كانت استجابة الأم تنمى فيه الميل الى الاعتمادية ثم يسعى الطفل فى نموه نحو رفض الاعتمادية بانكارها والتعويض عنها بالاستقلال الظاهرى ، فان هذا يضع الاساس لاستجابات مرضية فيما بعد اذا ما واجهته الظروف المرسبة فى صورة اثارة لهذه النزعات بالاغراء والاحباط كان يفقد عزيزا أو ينهى علاقة حميمة ••

(د) اضطرابات الاخراج : وأهمها الامساك والتهـاب المصران الغليـــظ •

الامســـاك constipation هو عبارة عن حالة صـــعوبة فى اخراج البراز مع اقلال فى عدد المرات التى يحدث ذلك (أقل من مرة يوميا) •

عادة تبدأ هذه الحالة بعـــد العام الأول وقد يثير ذلك قلق الأم فيزداد اهتمامها بالعرض الامر الذى قد يساهم فى تثبيته • فقد تلجـأ الام الى العقـــاب أو الى الوســـائل المصـــطنعة لمســـاعدة الطفل على الاخراج (مثل الحقن الشرجية) وهناك ترتبط العملية بعواطف الطفل وعلاقته بأمه •

ولابد من التأكد من خلو الاسس العضوية لحالة مشابهة وهى حيث تكون عضلات القولون ذاتها مفتقرة الى التحكم العصبى مما ينتج عنه ضيق فى جزء واتساع شديد فى الجزء الاعلى وهى حالة تعرف باسم مـرض هيرشبرونج Hirschprung's disease
وان كان حتى فى هذه الحالات تتدخل العوامل النفسية •

التهاب القولون وقد يكون مخاطى أو قرحى mucous or ulcerative colitis) ويأتى فى شكل اسهال مزمن تتخلله نوبات حادة

مصحوبة بالمخاط أو الدم • وتحدث مضاعفات عامة نتيجة لفقدان الغذاء والسوائل فى البراز •

يتميز الطفل المصاب بهذه الحالة باحدى نمطين للشخصية : الاول النمط الوسواسى وهو الأغلب ؛ والثانى يميل الى نوبات من الغضب والعنف • بالاضافة الى العوامل النفسية فهناك عوامل فسيولوجية متعلقة بالحساسية •

٣ ـ الجهاز التنفسى :

يمثل التنفس وظيفة فسيولوجية أساسية فى المرحلة الأولى أسوة بالهضم والجلد • ومن أهم مظاهر الاضطراب فى هذا الجهاز الآتى :

الزكام : وان كان يتسبب فيه فيروس يصيب الغشاء المخاطى فى الانف الا ان حالة هذا الغشاء تلعب دورا اساسيا فى القابلية للأصابة بهذا الفيروس • فالغشاء المخاطى بالانف يتأثر بالحالة النفسية وخاصة الغضب •

وكذلك نجد أهمية هذا العامل فى التهاب الانف الأليرجى allergic rhinitis وحمى الدريس hay fever

أما الربو bronchial asthma وهو حالة نوبات من الصعوبة فى التنفس (الزفير) ناتجة عن تقلصات فى شعيبات الهواء بالرئة •

ويدخل فيه أيضا عنصر الحساسية ولكن كما اشرنا فان الحساسية ذاتها مرتبطة بحالة الأغشية المخاطية التى ترتبط بدورها بالحالة النفسية •

وهناك نمطين فى الربو فى الاطفال الاول حيث تبرز العوامل النفسية ويستجيب الطفل للعلاج الطبى أو النفسى أو البيئى (تغيير البيئة) • والثانى عكس ذلك ويرجح فيه تغليب العوامل الوراثية • ومن العوامل النفسية التى يرجح أن تكون لها أهمية النزعة المكبوتة الى البكاء والارتباط الكفلى المبكر بالام •

الفصل التاسع

الاضطرابات المخية

الاضطرابات المخية تنتج عن تاثير عضوى مباشر على خلايا المخ • فالمخ هو العضو الجسدى المتخصص فى الوعى والوظائف النفسية المختلفة مثل الذاكرة والانتباه والتفكير والانفعال • ولهذا فان أى تأثير على خلايا المخ ينعكس بالضرورة على الوعى وغيره من الوظائف • وكذلك فان أى تغيير فى حالة الوعى يكون مصحوبا باضطرابات عضوية فى خلايا المخ • وعليه فان الاضطرابات النفسية الوظيفية تؤدى بالضرورة الى اضطرابات عضوية عن طريق التأثير المباشر وغير المباشر على التفاعلات البيولوجية المختلفة داخل المخ والجسد •

ونحن اذ نتحدث فى هذا الفصل عن « الاضطرابات المخية » فاننا نقصد الاضطرابات التى تنتج عن أسباب عضوية مباشرة تؤثر على خلايا المخ • ويمكن تصنيف أسباب الاضطرابات المخية فى ثلاث مجموعات :

١ ــ اضطرابات النمو : وتتميز بعدم اكتمال التكوين الاساسى للمخ لأسباب عضوية وراثية • وقد سبق التعرض لهذه المجموعة فى فصل سابق •

٢ ــ اضطرابات وظيفية : وتتميز بعدم وجود خلل (عيب أو نقص) عضوى محدد أو واضح • ويعزوها البعض الى قلة الاثارة والتعليم •

٣ ــ اضطرابات عضوية : وتتميز بوجود تغيير عضوى واضح فى خلايا المخ بسبب معروف كالارتجاج المخى أو النزيف أو الجلطة أو الالتهاب أو نقص الاكسيجين وهو ما سوف نتعرض له فى هذا الفصل •

وتتلخص أسباب الأضطرابات العضوية فيما يلى :

(أ) أســباب قبل الولادة : pre - natal

١ ــ اضطرابات وراثية وخلقية .
٢ ــ اضطرابات فى الايض (التمثيل الغذائى) .
٣ ــ الالتهاب والامراض المعــدية .
٤ ــ الســـموم .
٥ ــ العوامل النفسية فى الأم .

(ب) اسباب أثناء الولادة : natal

١ ــ الولادة المتــأخرة .
٢ ــ الولادة العسرة أو الولادة المفاجئة .
٣ ــ الولادة غير الطبيعية .
٤ ــ حوادث أثنــاء الولادة .
٥ ــ عقاقير تستخدم أثناء الولادة .

(ج) أسباب بعد الولادة : post-natal وتحدث عادة فى السنوات الخمس الاولى .

١ ــ الالتهاب والامراض المعدية .
٢ ــ أصــابات الرأس .
٣ ــ العقــاقير والســموم .
٤ ــ أضطرابات الايض (التمثيل الغذائى) .
٥ ــ اضطرابات الدورة الدموية المخية .
٦ ــ أورام المخ .
٧ ــ اضطرابات النقص الغذائى (سوء التغذية) .
٨ ــ الاضطرابات التشنجية .
٩ ــ العوامل النفسية والبيئية .

المظاهر الاكلينيكية :

١ ـ الحركة المفرطة (الزائدة) hyperkinesis

وتشاهد هذه الظاهرة فى كثير من الامراض العضوية للمخ حتى فى غياب المظاهر الاخرى للاصابة الواضحة فى خلايا المخ • وهى عبارة عن زيادة مفرطة فى حركة الطفل يصعب التحكم فيها ويصحبها عدم قدرة على الاستقرار أو تثبيت الانتباه • وقد نرى هذه الظاهرة منفردة أو مصحوبة بمظاهر الاضطراب المخى الاخرى • وهى ظاهرة شائعة نسبيا فى الاطفال حيث تصل نسبتها الى حوالى ٥ أو ١٠٪ وفى الاطفال حديثى الولادة قد تبدوعليهم مظاهر الحساسية المفرطة الامر الذىقد يؤدى الى استجابات وردود فعل من جانب الأم قد تؤدى بدورها الى مضاعفة الاعراض أو ربما تحويلها الى عكسها أى التبلد التام • وقد تستمر ظاهرة الافراط الحركى بعد المرحلة الاولى فى الطفولة المبكرة • وقد يتقبلها أفراد الاسرة الى أن يصل الطفل الى سن المدرسة حيث يحتاج الى الاستقرار والانتباه وحينئذ تصبح الاعراض التى كانت تبدو مقبولة من جانب الاسرة ظاهرة مرضية تستحق العلاج فالطفل لا يستطيع الاستقرار فى مكان محدد ولا يستطيع الانتباه الى الدروس مما يؤدى الى صعوبة فى التذكر • وقد يؤدى الافراط فى الحركة الى حوادث كثيرة • فالطفل يجد صعوبة فى التحكم فى رغباته أو تأجيلها ويميل الى الاشباع الفورى لها مما يؤدى الى اصطدامه بالبيئة المادية فى حوادث قد تؤدى الى أضرار جسمية أو بالبيئة الاجتماعية نتيجة لميله لتدمير الاشياء واثارة الضوضاء والاحتكاك بالآخرين •

وكما أشرنا فان هذه الظاهرة قد تكون مصحوبة باضطرابات أخرى • عضوية أو نفسية ثانوية •

وهناك اختبارات قد تساعد فى تشخيص هذه الحالة مثل اختبار حلزونة أرشميد Archimedes Spiral ورسم المخ الكهربائى electroencephalography

(وعادة لا تظهر فيه علامات ايجابية الاتحت تأثير عقار المترازول Metrazol الذى يساعد على اظهار الاضطرابات الكامنة) • كما أن هنـــاك بعض الاختبارات النفسية التى تقيس مدة الانتباه والقدرة عـلى التحكم فى الحركة والرغبات •

الاسس الدينامية : كما أشرنا فان هناك عوامل نفسية تؤثر عــلى صورة المرض ، فاذا كان الطفل كثير الحركة بينمــا الاسرة متقبلة لذلك فان الاعراض قد لا تكون مصدرا للشكوى • ولكن الشكوى تبدأ حينمــا تتطلب الاسرة من الطفل درجة من الهدوء تفوق امكانياته • فنفس المرض قد يكون مقبولا فى أسرة وغير مقبول فى أسرة أخرى أو فى ظروف مختلفة لنفس الاسرة ، وفى الحالة الاخيرة تكون المضاعفات النفســية ذات تأثير على ديناميات المرض بحيث يؤدى الاضطراب الى ظهور أعراض اضافية عصابية أو غير ذلك حسب استجابة الاسرة والبيئة لهذه الحالة •

التنبؤ : فى أغلب الاحوال تقل حدة هــذه الظاهرة تدريجيا مع النمو حتى تختفى تماما •

العلاج : أول خطوة فى العلاج هى التوعية وطمأنة الاسرة حــول طبيعة المرض وكيفية التعامل مع الطفل • ثم يأتى بعد ذلك دور العـــلاج بالعقاقير ، وقد لوحظ أن استخدام عقار الامفتيامين Amphetamine والعقاقير المنبهة المشابهة يؤدى الى تحسن واضـــح فى كثـــير من حالات الافراط الحركى فى الاطفال • ويســتخدم الامفيتامين بجــرعات ما بين ١ ــ ٨ مجم ، فى حين تستخدم ضعف هذه الكمية من الميثيدرين Methedrine وذلك فى الاطفال الذين تقل أعمارهم عن ٦ سنوات بينما تضاعف الجرعة فى الاطفال الذين تزيد أعمارهم عن ٦ سنوات • ويستمر العلاج شهور أو سنوات الا اذا ظهرت الاثار المنبهة للعقار فى صورة الحركة المفرطة بشكل متزايد بدلا من الهــدوء •

وكذلك يمكن استخدام بعض الأدوية مثل الميثيل فينيدات أو الريتالين Methylphenidate, Ritalin

علاوة على بعض المهدئات الكبيرة مثل الكلوربرومازين ومشتقاته أو المهدئات الصغيرة مثل الديازيبام ومشتقاته .

أما العلاج النفسي فهو ضروري لخلق علاقة صحية بين الطفل المريض واسرته ، حيث أن العقاقير تتحكم في الاعراض فقط ويأتي دور العلاج النفسي بعد ذلك لاصلاح النتائج الثانوية لهذا المرض .

٢ ــ الامراض المخية الحادة والمزمنة :

هناك صورة مشتركة لأغلب الاضطرابات التي تؤثر على خلايا المخ تتوقف على حدة تأثير العامل المسبب بغض النظر عن كنهه . فالاسباب المختلفة قد تؤدي الى صورة اكلينيكية واحدة اما حادة واما مزمنه وقد تكون الصورة الاكلينيكية الحادة مرحلة يتلوها ظهور الصورة المزمنة ، كما قد تظهر الصورة المزمنة للمرض دون أن يسبقها ظهور صورة حادة . وتتأثر الصورة الاكلينيكية أيضا بكون الاضطراب موضعي أو عام أي كونه يصيب مناطق أو وظائف بعينها في المخ أو أنه يصيب خلايا المخ عامة . علاوة على ذلك فان الصورة الاكلينيكية تختلف أيضا حسب تكوين الشخصية فالاعراض التي قد تظهر نتيجة لاضطراب عضوي قد تكون مجرد مظاهر لاضطراب نفسي آخر كان كامنا واظهرته الاصابة المخية .

ومظاهر الاضطرابات المخية في الاطفال تتشابه تقريبا مع مثيلاتها في الراشدين . الاختلاف الاساسي يأتي في كون الوظائف التي تتأثر بالامراض العضوية هي عادة الوظائف الاكثر حداثة . ونظرا لحداثة اكتساب الوظائف العقلية في الاطفال فان ذلك يجعلها سهلة التأثير بأي اضطراب عضوي كان أو نفسي .

ولهذا فانه يصعب أحيانا التمييز بين مدى تأثير المرض العضوي في حد ذاته على الصورة الاكلينيكية .

الصورة الاكلينيكية للاضطرابات المخية الحادة : تتميز الاضطرابات المخية الحادة باضطراب الوعي أساسا ففي بعض الاحيان يدخل المريض

في غيبوبة كاملة coma مارا بالذهول stupor

والسبات sopor ثم الاهتياج delirium وكذلك اضطراب الادراك الذى يظهر فى صورة والهلوسة hallucinations والخداع illusion وفقدان الحس بالزمان والمكان disorientation •

وقد يكون الاضطراب أقل شدة فيؤدى الى أعراض نفسية تعبر عن اضطراب الشخصية الكامن مثل الانطواء والمخاوف • وقد تستمر هذه الاعراض وكذلك بعض الاضطرابات فى السلوك الحركى والادراك بعد زوال المرحلة الحادة للمرض وفى هذه الحالات فان التشخيص الاساسى يجب أن يشير للاضطراب فى الشخصية قبل الاضطراب المخى •

الصورة الاكلينيكية للاضطرابات المخية المزمنة : فى هذه الحالات يكون التأثير المرضى أكثر دواما وقد يكون مصحوبا بمظاهر الاصابة الموضعية لمراكز المخ المختلفة مثل مراكز الحركة والاحساس • حيث تظهر أعراض عضوية كالشلل والرعشة وفقدان الحس وغير ذلك من أعراض اضطراب الجهاز العصبى •

أما المظاهر العامة لاصابة المخ فتأخذ شكل اضطراب الذاكرة وخاصة فيما يتعلق بالاحداث القريبة recent memory وفى القدرة على الحكم على الامور judgement وفى الاحساس بالزمان والمكان وفى القدرة على الفهم comprehension التعلم learning بما فى ذلك التكلم والتوافق النفسى الحركى والتحكم فى الانفعال والتى قد تأخذ صورة الافراط الحركى الذى سبق شرحه •

وكما أشرنا فان الاعراض النفسية الناتجة عن اضطراب الشخصية قد تأخذ المكانة البارزة فى الصورة الاكلينيكية • فاذا أضفنا الى ذلك ضغوط البيئة على الطفل المضطرب سواء فى المرحلة الحادة أو المزمنة فان تأثير العوامل النفسية والبيئية على الصورة الاكلينيكية لا يمكن اغفاله •

الابحاث المعملية : هناك أبحاث معملية قد تظهر دلائل على وجود

اضطراب فى وظائف المخ أهمها رسم المخ الكهربائى •
electroencephalogram (EEG)
وهو يكتسب درجة من الصدق اذا أجرى فى تسلسل زمنى بحيث يمكن تتبع الاختلافات من فترة الى أخرى • اذ أن الرسم الواحد خاصة فى الاطفال قد لا يكون مؤشرا صادقا على وجود المرض من عدمه • كما أن هناك أبحاث الاشعة ومنها العادى plain والمصحوب بحقن الهواء air encephalogram أو الميوديل Myodil ventriculography
أما المعمل النفسى فيشمل الاختبارات النفسية التى تقيس الوظائف العقلية مثل الذكاء ولكن الاطفال على أية حال قلما يستجيبون بالصورة المعتادة ، ويفضل فى هذه الحالات مقارنتهم مع الاشقاء والآباء بدلا من الاعتماد على المقاييس العامة • كما أن هناك بعض الاختبارات المتخصصة فى قياس الوظائف البصرية الحركية Visuo-motor مثل اختبار بندر جشطالط Bender-Gestalt

٣ ــ الصرع :

يقع الصرع فى المنطقة الفاصلة بين الامراض المخية العضوية وبين الاضطرابات الوظيفية التى قد يكون له أساس عضوى أو نفسى وظيفى•

وهو عبارة عن نوبات من الاضطراب فى النشاط الكيمائى الكهربائى خلايا المخ يؤدى الى اضطراب فى الوعى أو الحركة أو كلاهما •

وهناك عدة أنماط للصرع يمكن تصنيفها كالآتى :

١ ــ النوبات الكبيرة grand mal fits وهى عبارة عن نوبات تشنجية عامة ومفاجئة قد يسبقها انذار أو نسمه aura فى صورة احساس غريب مثل رائحة أو طعم أو حالة وعى متغيرة أو حركة ارتعاشية أو انتفاضية twitching يتلو ذلك مرحلة التشنج التى قد تبدأ بصرخة يتلوها انقباض فى جميع عضلات الجسم tonus فيقع الطفل فجأة فاقد الوعى محبوس الانفاس مزرق البشرة • وقد تستمر هذه المرحلة لعدة ثوانى

قد تصل الى دقيقة ثم يتلوها حالة التشنج الارتجافى أو الارتعاشى clonus حيث تنبسط العضلات وتنقبض فى تعاقب سريع غير هادف . وقد تستمر هذه المرحله لعدة ثوان أو دقائق . وقد يصاحبها فقدان التحكم فى المخارج كالتبول أو التبرز اللاارادى علاوة على احتمال الاصابة الذاتية خاصة عض اللسان أو الاصطدام بالادوات الحادة أو الحارقة . يتلو هذه المرحلة حالة نوم قد تطول أو تقصر ، يصحو منها الطفل وهو غير مكتمل الوعى وقد يسلك سلوكا مضطربا ، وقد تتكرر مرحلة التشنج أكثر من مرة فى تعاقب سريع يعرف بحالة غمرة الصرع status epilepticus .

٢ ـ النوبات الصغيرة petit mal وهى أكثر انتشارا فى الاطفال وكثيرا ما تختفى عند سن المراهقة وتظهر فى صورة نوبات اضطراب فى الوعى لبضع ثوان ، دون الوقوع وان كان يصحبها فقدان فى السيطرة على الحركات الارادية مما يؤدى الى وقوع الاشياء التى يمسك بها الطفل .

٣ ـ الصرع البؤرى focal يعرف أيضا بالصرع الجاكسونى Jacksonian وهو عبارة عن تشنجات موضعية فى عضلات معينة قد تكون مصحوبة باضطراب حسى فى جانب واحد من الجسم وقد تنتشر الى الجانب الآخر وتؤدى الى فقدان فى الوعى وتشنج عام . وهناك أيضا صرع الفص الصدغى temporal lobe epilepsy ويعرف أيضا بالصرع النفسى الحركى psychomotor الذى قد يأخذ صورة اضطراب سلوكى كأن يؤدى الطفل حركات عدوانية وقد تبدو هادفة .

الجوانب النفسية للصرع : كثيرا ما يرتبط الصرع وخاصة فى السن المبكر مع انخفاض مستوى الذكاء ، كما أن نسبة حدوث الصرع فى حالات التخلف العقلى تزداد كلما ازداد التخلف وبالاضافة الى حالات صرع الفص الصدغى التى تظهر أساسا كاضطراب نفسى فان هناك مضاعفات نفسية ثانوية للصرع ناتجة عن آثار المرض على علاقة الطفل بالبيئة . فهو مطالب بتجنب بعض النشاطات مثل السباحة وركوب الدراجات علاوة على

كونه مطالب بالانتظام فى تعاطى الدواء » وما يستتبعه من مضاعفات وآثار جانبية) .

كما أنه دائم الشعور بانه مهدد بالاختفاء بوعيه عن الوجود فى أية لحظة . كل هذا يؤدى الى مضاعفات نفسية ومخاوف وردود فعل فى صورة سمات وسواسية ونزعات دينية رغبة فى التحكم فى المجهول المخيف .

علاج الاضطرابات المخية :

حينما يكون السبب العضوى معروف وقابل للتغيير فيكون العلاج موجه نحو ازالته بالوسائل الطبية المتبعة لعلاج المرض الاصلى . ولكن فى الأغلب تكون الآثار العضوية التى حدثت غير قابلة للتصحيح وهنا يصبح العلاج نفسيا وتأهيليا فى المقام الاول وسوف يوصف فيما بعد مع العلاج عامة .

أما فى حالات الصرع فهو يتلخص فى استخدام مجموعتين من العقاقير :

١ ـ تلك التى تستخدم فى الصرع الصغير وأهمها الترايميثا ديون واسمه التجارى ترايدايون Tridione والباراميثاديون واسمه التجارى بارادیون Paradione . وقد تستخدم أيضا العقارات المنبهة من مجموعة الامفيتامين .

تلك التى تستخدم فى الصرع الكبير والبؤرى وأهمها دايفينايل هايدا انتوين diphenylhydantoin دايلانتين Dilantin) وقد يضاف اليه عقار من مجموعة الباربيتيورات barbiturates وكذلك الكلورداياز بوكسايد chlordiazepoxide الليبريوم Librium أوليبران Libran وهناك عقاقير أخرى مشابهة وهى الميثيل فينيل ايثيل هايدانتوين ميزانتوين (Mesantoin) والبريميدون (Mysoline) والميثساكسيميد (Celontin) والفيناسيميد (Pneurone) .

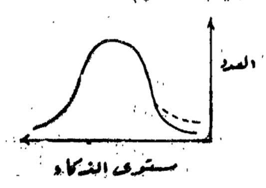
الفصل العاشر

التخلف العقلي

تعريف التخلف العقلي :

لو اعتبرنا الذكاء صفة يمكن قياسها كميا مثل الطول أو الوزن فمن الطبيعي أن نجد له متوسط يمثل غالبية الناس بينما توجد أقلية على الطرفين يزيد أو يقل ذكاؤهم عن المتوسط .

وهذا الانتشار يشبه أى ظاهرة طبيعية ويمكن رسمه على منحنى انتشار طبيعي (الذى يشبه الجرس) هكذا : ـ



وعلى هذا فإن الذكاء المفرط والتخلف كلاهما انحراف عن المتوسط فى حدود الظواهر الطبيعية . الا أننا نلاحظ عندما نرسم المنحنى من الواقع أن الطرف الذى يعكس الذكاء المنخفض لا يقابل المنحنى الطبيعي وانما يزيد عنه (الخط المتقطع فى الرسم) . وهذا يرجع الى وجود عوامل أخرى غير الانتشار الاحصائى تؤثر على الذكاء . تلك هى العوامل المرضية المختلفة .

على هذا فاننا يمكن أن نصنف التخلف العقلى من الناحية السببية الى صنفان : طبيعى يعكس ظاهرة الانتشار الاحصائية وهو عادة يوصف بأنه بلا سبب معروف أو idiopathic ومرضى يعكس وجـود حالة مرضية تؤثر على الذكاء • فالتخلف العقلى هو ظاهرة انحراف عن متوسط الذكاء بدرجة ملحوظة اما لأسباب طبيعية (حيث الاختلاف كمى) أو مرضية (حيث الاختلاف كيفى) •

بقى أن نعرف مدى هذا الانحراف عن المتوسط الذى يوصف بأنه تخلف عقلى • وهناك محكين كما أشرنا لتحديد هـذا الانحراف • الاول كمى ويعتمد على كمية الذكاء وانخفاضها والثانى كيفى ويعتمد على فكرة التخلف كمظهر سلوكى تكيفى • وقد لا يلتقى المحكان بالضرورة وهـو يتفق مع التعريف المتبع فى دليل الجمعية المصرية للطب النفسى • كما يتفق بصفة عامة مع التعريفات العالمية التى تدخل فى الاعتبار كل مـن محك انخفاض الذكاء وانحراف السلوك التكيفى • الامر الذى يميزها عن اضطرابات التعلم •

ومع هذا فان درجات التخلف تقاس بواسطة كمية الذكاء (مقياس معـامل الذكاء) وهنـاك خمس مسـتويات (١) البينى (٨٥ حتى ٦٨) (٢) البسيط (٦٧ حتى ٥٢) (٣) المعتدل (٥١ حتى ٣٦) و (٤) الشـديد (٣٥ الى ٣٠) و (٥) العميق (أقل من ٢٠) • وجدير بالذكر أن هناك اختلاف حول مفهوم الصنف البينى • اما المحك السلوكى والذى يعتمد على درجة النضج فى مجالات الاعتماد على النفس ، والنمـو الحركى والحسى والتواصل ، والعلاقات الاجتماعية الخ ، فهو أقل دقة ولكنه أيضا يمكن أن ينقسم الى أربعة مستويات (عدا البينى) أى البسيط والمعتدل والشديد والعميق •

الصـورة الاكلينيكية : ــ

تبدأ ملاحظة التخلف العقلى عـادة فى المنزل اذا ما كانت قـدرة الابوين على الملاحظة والمقارنة مع الاطفال الآخرين جيدة • فهم ينتبهون

الى النمو الجسمانى للاطفال بما فى ذلك الجوانب الوظيفية مثل القدرات الحركية المختلفة من التفات الرأس والابتسام والجلوس والمشى ثم الكلام والتحكم فى العضلات والمخارج والقدرة على تعلم اللغة والمعاملات وتكوين العلاقات مع الآخرين • وهى ملاحظات لها وزنها ولكن يجب ألا تؤدى الى تشخيص مبكر للتخلف نظرا للاختلافات الفردية فى سرعة النمو وكذلك فى القدرات المختلفة لدى الطفل ويمكن للفحص الاكلينيكى أن يؤكــد دلالة هذه الأعراض بربطها ببعض وبالمشاهدات الاخرى بالاضافة الى استخدام بعض الاختبارات فى القدرات والمواقف علاوة على الاختبارات النفسية المتخصصة •

ويضاف الى ذلك الفحص الطبى الذى قد يظهــر بعض العلامات البدنية التى تشير الى وجود مرض عضوى أو عصبى مصاحب للمظاهر الاخرى ويشمل الفحص الطبى بعض التحاليل المعملية •

وفى الختام يجب تقييم الصورة ككل للمقارنة مع ما هو معروف عن نمو القدرات فى الأطفال مع الاخذ فى الاعتبار الاطار النفسى والاجتماعى التى تظهر فيه الصورة بهدف تحديد ما هو غير ملائم من سلوك من عدمه •

الاسس الدينامية : تنتج الصورة الاكلينيكية عن تفاعل عوامل عديدة طبية طبية واجتــماعية • اذا كما أشرنا فان مفهــوم التخلف العقلى لا يعتمد فحسب على مستوى الذكاء ولكنه مصحوب باضطرابات فى السلوك الامر الذى يجعل الصورة عرضة للتأثر بالعوامل الاجتماعية والنفسية • فعلى افتراض ان الاساس العضوى هو السبب الرئيسى فان استجابة الاسرة والمجتمع لمثل هــذا النقص سوف يؤثر بدوره عــلى المظاهر السلوكية • وكثيرا ما تكون الاضطرابات المصاحبة للتخلف العقلى مصدرها الاسرة أو رفضها للطفل المريض •

الاسس النشوئية الاسباب البيولوجية الطبية : لا توجــد علاقة بيولوجية والمظهر الســلوكى للتخلف العقلى مما يؤكد أهمية العــوامل الوسيطة فى تأثيرها على الصورة الاكلينيكية النهائية • ولعل أعلى ارتباط

يوجد فى حالات تناذردوان Down's syndrome ويمكن تصنيف التخلف العقلى حسب الاسباب الى مجموعتين رئيسيتين : — الاولى مصحوبة بعلامات مرضية وتمثل حوالى ٢٠ — ٢٥٪ من الحالات والثانية بدون علامات طبية مرضية وتمثل حوالى ٧٥ — ٨٠ ٪ من الحالات • والمجموعة الاولى يمكن ارجاعها الى ثلاث مجموعات من الاسباب : وراثية وخلقية ومرضية بينما المجموعة الثانية ترجع اما الى أسباب متعددة مثل المستوى الاقتصادى الاجتماعى والتعلم القاصر والمرض الخفى أو ترجع الى مجرد الانحراف عن المتوسط فى توزيع الذكاء •

والعلامات الطبية التى تشير الى وجود تخلف يمكن أن تقسم الى خمس مجموعات : —

١ — العلامات العصبية قد توجد علامة أو أكثر واضحة أو علامتين أو أكثر أقل وضوحا • ويعتبر الانخفاض الواضح فى معامل الذكاء (٥٠٪) فى حد ذاته علامة عصبية تدل على وجود خلل فى المخ •

٢ — التدهور العصبى : ويمكن الاستدلال عليه من تاريخ المرض بأن يوجد ما يدل على تدهور فى وظائف الجهاز العصبى •

٣ — عيوب خلقية : تزداد أهميتها اذا ما وجدت عيوب خلقية بعدد اثنين أو أكثر • فى الاعضاء وخاصة الاعضاء الهامة وهى تدل على اصابة فى تكوين الخلايا فى النمو الجنينى الامر الذى يشير الى احتمال عيب فى الجهاز العصبى •

٤ — علامات معملية : هناك تحاليل تشير الى نقص أو اضطراب كيميائى أو انزيمى فى الجسم قد يرتبط بالمرض •

٥ — مرض عصبى سابق : يفضل أن يكون التشخيص مباشر فى وقت حدوث المرض الا أن هناك أمراض لا يمكن ملاحظة أضرارها بالجهاز العصبى الا بعد انتهائها وتشمل أيضا الامراض التى تحدث فى داخل الرحم قبل الولادة •

بطبيعة الحال لا يقتصر الدليل على وجود عيب طبى على هذه

العناصر ولكن هناك علامات أخرى بما فى ذلك أعراض طبيـــة ونتـــائج للاختبارات النفسية الدقيقـــة •

ونضيف أيضا أن الاسباب الطبية الواضحة المشار اليها قد تؤدى الى أى درجة من درجات التخلف • بينما المجموعة الكبرى التى لا توجد فيها أسباب طبية واضحة عادة تكون من المستوى التخلفى البسيط •

(ب) الاسباب المتعددة التوارث : ـ يرجع علماء الوراثة حوالى ٧٠٪ من حالات التخلف الى تعدد الاجنة الموروثة للصفة وهى التى ينتج عنها الصورة الاكلينيكية التى تمثل الانحراف عـــن المتوسط فى الذكاء • ويتضح أهمية هذا العامل فى المجموعات السكانية المتشابهة الظروف حيث يمكن ارجاع الاختلافات الى الوراثة • ولكن لابد من التحذير هنا مـــن التحيز الحضارى لبعض عناصر الاختبارات النفسية •

(ج) الاسباب الاجتماعية والحضـــارية : وهذه الاســـباب تظهر فى الحالات البســـيطة بينما الحالات الشديدة والعميقة لا ترجع الى تلـــك الأسباب بل تتساوى فى انتشارها بين الفئات الاجتماعية والحضـــارية المختلفة • ويمكن توزيع النسب تقريبا كالآتى الخفيف الى المتوسط الى الشديد = ٢٠ : ٤ : ١ • والمستوى الخفيف يزداد انتشارا مع الانخفاض فى السلم الاجتماعى والاقتصادى كما أنه يزداد انتشارا مع ارتفاع السن حتى المراهقة ثم ينخفض بعد ذلك • وأخيرا فان هذه الفئة قلما تكون تكون مصحوبة بعلامات طبية مرضية •

ومرة أخرى فلابد من الحذر من نســـبية مفـــاهيم التخـــلف عبر الحضارات • فالقدرات المطلوبة فى اطـــار حضـــارى ما تختلف عن تلك المطلوبة فى اطار آخر الامر الذى ســـوف يؤثر بالتـــالى عـــلى عنـــاصر الاختبارات وعلى المقاييس السلوكية التى تدل على التخلف • كما انه يجب الحـــذر من الخلط بين ما هـــو حضـــارى أو عنصرى أو ما بين ما هـــو اقتصـــادى واجتمـــاعى •

التنبؤ : ان خلايا المخ تتميز بأنها اذا تلفت لا تستبدل وان كان من

الناحية الوظيفية تعوض بعمل الخلايا الاخرى السليمة ولذلك فليس هناك علاج لهذا الاساس العضوى للتخلف العقلى اذا ما اســتقر فى نهـاية المراهقة حوالى (١٦ عاما) وان كان المستوى البسيط من التخلف يستمر فى التحسن حتى سن (٣٠ عاما) ومع ذلك فان امكانية التحسن فى التخلف العقلى على أساس الاضطراب الاجمالى فى السلوك والتعلم قائمة ، ويتم ذلك اما تلقائيا أو بواسطة العلاج • ويكون هذا التحسن أوضح بالضرورة فى الحالات البسيطة تلك التى تغلب عليها الاسباب الاجتماعية الحضارية• وكذلك فان التحسن يكون أوضـــح فى تلك الحـالات التى يغلب عليهـا الاضطراب السلوكى وخاصة فى ضوء التقدم فى مسائل العلاج السلوكى•

العلاج : يتلخص ذلك فى شكل (١) خدمات تهـدف الى الارتقاء بالنمو المعرفى والسلوكى فى سن النمو (ب) خدمات تهـدف الى المحافظة على القدرات الوظيفية والانتاجية فى الرشد •

(أ) التدريب والتعليم فى سن النمو يمكن أن يبـدأ من ســنوات الطفولة المبكرة بالمنزل بواسطة ارشاد الآباء وبعد ذلك يعد بواسطة دور الحضانة المتخصصة • اما فى مرحلة المدرسة فقد يحتاج البعض (التخلف الشديد والعميق) الى مصحات خاصة بينما يمكن للاخرين أن يستمروا فى التعليم مع بعض التعديلات اما فى مدارس خاصة بالتخلف أو فى فصول خاصة داخل المدارس العادية أو أحيانا فى نفس الفصول مع اضافة بعض الرعاية الفردية • وفى سن المراهقة يتجه التعليم الى الحـرف اليدوية •

وأثناء هذه الفترة فان الطفل يستمر فى التواجـد بين اسرته التى سوف تحتاج بالضرورة الى ارشادات مســتمرة بل ربما الى علاج نفسى (فردى أو اسرى) بهدف تخفيف حدة المضاعفات النفسية التى تنتج عن وجود طفل متخلف فى الاسرة • ولكن هناك أحيانا قد يحتاج الطفل أن يعزل عن الاسرة بصفة مؤقتة أو دائمة وهنـاك معاهـد (أو مستشـفيات أو مصحات) خاصة لهذا الغرض •

(ب) التأهيل فى الراشد يعتمد على مبدأ ربط الفرد بالمجتمع وتحقيق

قدر من الاستقلال عن الاسرة وذلك بواسطة توفير التأهيل المهنى والعمل والمقابل المناسب وتوفير السكن (أو بدائل للسكن المستقل مثل السكن الجماعى والمصحات الخ) •

دور الاسرة : ــ بما أن علاج التخلف هو فى جوهره عملية تربوية فى المقام الاول فان دور الاسرة فى هذا الصدد لا يمكن تجاهله فالعلاج السلوكى يتطلب استمرار تطبيق مبادئه خارج نطاق الجلسة المتخصصة ، وعلى هذا فان الآباء لابد وان يتعاونوا فى تطبيق النظام الموصوف • ولا يكفى لهذا أن يتلقوا التعليمات أو المحاضرات النظرية فى مجال العلاج السلوكى بل لابد من أن يكون الارشاد تطبيقى من واقع الامثلة الحية التى يعيشونها ، ويمكن أن يتم ذلك بواسطة جلسات جماعية منتظمة تجمع عدة أسر بمناقشة تطور الابناء مع التوضيح بالأمثلة والاشارة الى الملاحظات التى تدون حول سلوك الابناء ، وقد يستلزم ذلك أشرطة تسجيلية أو تصويرية تسجيلية • بالاضافة الى هذا الجانب الايجابى فى تعامل الابناء فى البرنامج العلاجى فهناك جانب آخر وهو معاونة الآباء على التعامل مع مشاعرهم الذاتية تجاه أبنائهم المتخلفين وما يشوبها من احساس بالذنب أو الخجل أو النقص أو ما شابه •

وتختلف هذه المشاعر على حسب تكوينهم النفسى وتكوين الاسرة ومكانة الطفل فى الاسرة وقد تكون هذه المضاعفات والانعكاسات أشد حدة من التخلف نفسه وبالتالى تحتاج الى علاج نفسى مستقل •

العقاقير : ــ تستخدم العقاقير فى حالة وجود دواعى مرضية مصاحبة لحالة التخلف مثل التشنجات الصرعية أو الاضطرابات العقلية من الفصام الى الاكتئاب والقلق والاضطرابات السلوكية • ويجب الحذر من الافراط فى استخدام الادوية حيث ان الحالة مزمنة وهناك اغراء باعطاء الدواء بصفة مستديمة •

أمثلة من التخلف العقلى الطبى : العوامل الوراثية الى (١) اضطرابات فى الكروموسومات (ب) الجينات المنحسرة (ج) الجينات الغالبة •

(أ) الاضطرابات الكروموسومية :

١ ـ تناذرداون أو المنغولية :

ينتشر بنسبة ١ لكل ٦٠٠ ميلاد ويزيد فى حالات الحمل فى سن متأخرة . ويظهر فى صورة نمو متأخر وصغر حجم الرأس والوجه المسطح والمستدير ، وشكل مميز لفتحات العيون (ضيقة متجهة الى الداخل روجود ثنيةجلد فوق الماق)وضخامة فى اللسان وصغرحجم الفك كما تكون الايادى صغيرة والاصبع الصغيرة مقوسة ويوجد خط أفقى فى الكف . ويكون التخلف فى هذه الحالات عادة متوسط ويرجع الاضطراب الكروموسومى هنا الى وجود كروموسوم اضافى .

٢ ـ أصناف أخرى منها تناذرادواردز Edwards وتناذرباتاو Patau وتناذركاتكراى Cat — Cry ومنها مرض كلاينفلتر Kleinfelter ومتشابهاته التى تكون مصحوبة بشذوذ فى الكروموسومات الجنسية .

(ب) الجينات المنحسرة : وهى الجينات التى تؤدى الى ظهور الصفة الموروثة فقط فى الحالات التى تكون الجينات موروثة من الابوين وهى بالتالى تزداد بين زوجات الاقارب .

١ ـ **الفينايل كيتونوريا** phenyl — ketonuria وترجع الى اضطراب فى تمثيل حامض الفنييل آلانين وهى نادرة : ١ فى الـ ١٥٠٠٠ ولكن أهميتها فى أن تشخيصها المبكر بواسطة تحليل الدم (للفينايل آلانين) يمكن من العلاج بواسطة الغذاء الخاص .

٢ ـ **هوموسيستينوريا** Homocystinuria وهو يشبه السابق مع اختلاف العنصر المضطرب تمثيله وعلاجه متشابه .

٣ ـ **مرض سكر القيقب** Maple Sugar وهو أشد مما سبق وقد يؤدى الى الوفاة .

[illegible] بستيدينيما Histidinemia وترجع الى اضطراب فى تمثيل الهيستيدين وتكون مصحوبة بتخلف بسيط فى ٥٠٪ من الحالات .

٥ ـ الشحام العصبى Lipoidoses وهى مجموعة أمراض مصحوبة بزيادة فى تخزين الشحم فى المخ فى علاوة على الاعضاء الاخرى •
ومن هذه الامراض : مرض تاى ساكس Tay-Sachs هو يؤدى الى الوفاة المبكرة ومصحوبة بفقدان البصر والتشنجات ويوجد بين يهود الاشكنازى مرض باتن ويشبه السابق ومرض نيمان بيك Nieman-Pick ومصحوبة بتضخم فى الطحال والكبد ومرض جوشر Gaucher وهو أشد فتكا •

٦ ـ اضطرابات السكريات المتعددة المخاطية Mucopolysacharidoses وهى ناتجة عن اضطرابات انزيمى يؤدى الى تراكم تلك المواد بالمخ مما يؤدى الى تخلف عقلى وهناك أصناف منها تناذر هيرلر Hurler وتناذر هنتر Hunter وتناذر سان فيليبو Sanfilippo . وهى تتميز بالاضطرابات فى النمو وشكل الوجه واللسان وقرنية العين والعظام والشعر •

٧ ـ جالاكتوز الدم : Galactosemia وهى زيادة فى الجالاكتوز (نوع من السكر يوجد فى تكوين سكر اللبن) وهى نادرة (١ : ٦٠٫٠٠٠) ومصحوبة بتضخم فى الطحال والكبد « ومياه بيضاء أو عتامة عدسة العين •

٨ ـ مرض ويلسن Wilson أو تدهور الكبد بسبب اضطراب فى تمثيل مادة النحاس مما يؤدى الى ترسيبها فى الكبد والمخ •

٩ ـ افراط اليوريك فى الدم Hypercucemia حيث يوجد اضطراب فى تمثيل حامض اليوريك ويكون مصحوب باضطرابات فى الحركة وتقلصات •

١٠ ـ الصعل Primary Microcephaly أو صغر الرأس

١١ ـ الاختلاج Ataxia Telangiectasia وهو مصحوب باضطراب المخيخ •

١٢ ـ تناذر لورنس مون Laurence — Moon وهو مصحوب بانتكاس صبغى بالشبكية وسمنة وضمور تناسلى •

١٣ ـ تناذر جوجرن ـ لارسن Sjogren — Larson ومصحوب

باكثيوز (غضاب أو مرض قشر السمك) فى الجلد وأعراض أخرى .

١٤ - **تناذر كوكاين** Cocayne وهو مصحوب بالقزمية وصغر الرأس وغيرها .

١٥ - **تناذر لو** Lowe فى الذكور فقط ومصحوبة بالمياه الزرقاء (أم الغلوق) بالعين وأعراض أخرى .

١٦ - **تناذر سميث ليملى - أوبيتز** Smith — Lemli — Opitz وهو مصحوب بصغر الرأس وشذوذ فى الجفون والعين والانف والاذن والاصابع والاطراف .

(ج) الجينات الغالبة : ويكون التوريث هنا مباشر من الآباء (أو الامهات) والابناء بفعل جينة غالبة .

١ - **التصلب الحدبى** Tuberosclerosis وهو مصحوب بادينوما دهنية فى الجلد وصرع وأعراض أخرى .

٢ - **نقص التقسم الغضروفى** Achondroplasia وينتج عنه قصر فى العظام الطويلة وضخامة فى الرأس .

٣ - **عسر التعظم بالوجه والرأس** Craniofacial Dysostosis ويؤدى الى شذوذ فى تكوين الرأس وخاصة العينين .

٤ - **تعاظم الرأس وتكفف الاصابع** Acrocephalosyndactylia وتكون الرأس فيه متضخم ومدبب والأصابع ملتصقة .

٥ - **الاصابع العنكبوتية** Arachnodactyly أو مرض مارفان Marfan ويتميز بطول الاصابع وانخلاع العدسات وعيوب فى القلب .

أما المجموعة البيئية فهى التى يكون فيه المرض مرجعه الى عنصر اتى من الخارج وهى غالبا تأتى من العدوى وأهمها :

١ - **الحصبة الالمانى** : وهى عدوى تنتقل من الأم الى الجنين فى الثلاثة شهور الاولى من الحمل وتصيب الجنين بأضرار مختلفة منها اصابة الجهاز العصبى .

٢ - **عدوى فيروس الخلية الكبير** Cytomegalovirus وهى شبيهة

بالسابقة فى الانتقال من الأم الى الجنين وتؤدى الى صغر حجم الرأس •

٣ ــ **عدوى التوكسوبلازما** Toxoplasmosis وهى أيضـا تنتقل من الأم الى الجنين وتؤدى الى صـغر حجم الرأس وميـاه فى الراس وتكلسـات •

٤ ــ **الزهرى :** وهى وقد أصبح نادرا وصورته الاكلينكية كانت تتميز بشذوذ فى تكوين الانف والاسنان والعظام والقرنية والسمع •

٥ ــ **الالتهاب المخى فى الطفولة** Encephalitis هنـاك أنواع عـديدة من الفيروس منها التهـاب المخ الهـربسى Herpes Encephalitis الذى يعدى المولود أثناء الولادة نقلا عن الاعضاء التناسلية للأم وهناك أنواع ناتجة عن جراثيم وكثيرا ما تكون مصحوبة بالتهاب سحائى وهناك ؟ انواع تتلو الامراض المنتشرة فى الاطفال مثل الحصبة والحمى القرمزية والجديرى وتحـدث بعد انتهاء المرض الاصـلى وأنها متصـلة بظاهرة الحساسية وفى هذه المجموعة من الامراض كثيرا ما نجد علامات مرضية أخرى محدودة مثل الشلل والاضطرابات فى الحركة والكلام والسلوك •

وختاما بالاضافة الى كل هذه الاصناف توجد أصناف يصعب وضعها بالتحديد فى أى من التقسيمات السابقة ولا تعرف بعد أسبابها بدقة وسوف يـكتفى بسرد بعض أسمائهـا مثـل تنـاذر دى لانـج (القصر وصـغر الرأس الخ) وتنـاذر رونشـاين ــ تايبى (صـغر الرأس) Rubinstein — Taybi وتناذر ستورج فيبر Sturge — Weber (مصحوبة بورم وعائى فى الوجـه) وتنـاذر برادر Prader (القصر والسمنة) وتناذر سوتوس Sotos (تضخم فى الطول والوزن) بما فى ذلك الرأس ، وتناذر بيكويث فيدرمان Beckwith — Wiederman (فتق وتضخم اللسان والكلى والكبد والجسم) وتناذر انجلمان Angelman (مصحوب بنوبات ضحك وصغر الرأس الخ وتنـاذر ويليـامز بورن (شذوذ فى تكوين الوجه) •

الفصل الحادى عشر

علاج الاضطرابات النفسية فى الاطفال

مفهـــوم العـــلاج :

العلاج هو الاساس الذى تقوم عليه المهن العلاجية ، وهى فى الاصل مهنة الطب التى تشعبت منها تخصصات مختلفة يهمنـــا منهـــا هنـــا ذلك التخصص الذى يدور حول الاضطرابات النفسية . وفى اطار هـــذه المهن يكون هناك مريض يشكو من ألم بهدف تخفيفه أو ازالته بمعونة مهنى متخصص .

ان وجود الشكوى فى حد ذاته يعنى أن هناك ألما مصـــحوبا بأمل ورغبة فى القضاء عليه أى أن مجرد وجود ظاهرة الشكوى من المريض يعنى ضمنا وجود امكانية العلاج .

واذا كانت هناك فائدة ما للالم فهى أن هذا الالم يكون مؤشرا على وجود المرض ودافعا للقضاء عليه . ان الالم بطبيعته يمثـــل حـــالة غير مرغوب فيها ، فهو يعنى الرغبة فى القضاء على نفسه كما أن وجوده يعنى نفيا لحالة الراحة ، أى نفيا للذة . بعبارة أخرى فان المرض كحالة مؤلمة يعنى نفى الصحة كبديل نسعى اليه والعلاج اذن هو هذا السعى للقضاء على الالم والمرض فى سبيل الصحة .

فاذا كان العلاج هو محاولة القضاء على الالم ، والالم فى جوهره يهدف للقضاء على نفسه فلماذا الحاجة الى المهن العلاجية ؟

حقيقة الامر أن المجتمـــع فى تطوره وتعقـــده يتطـــلب تـــوزيع

الاختصاصات بين أفراده ، أى أن وجود الالم لدى البعض يتطلب أن يقوم البعض الآخر بعلاج هذا الالم • ولكننا اتفقنا على أن الالم يسعى للقضاء على ذاته ، أى أن كل فرد فى حقيقة الامر معالج ومريض فى نفس الوقت ، ولكن التخصص الاجتماعى وتوزيع الادوار هو الذى قسمنا الى مرضى ومعـــالجين •

وهناك سؤال جوهرى وهو : هل هناك فعلا امكانية للقضاء الحقيقى على الالم ؟ هل هناك حالة من الالم او اللذة المطلقة ؟ حقيقة الامر أن هذا مستحيل • اذ لو افترضنا أنه من الممكن أن يختفى الالم ويكون كل شىء لذة فان هذه اللذة ستتحول بعد فترة الى لا لذة ، لأن اللذة موجودة أصلا بقدر ما توجد حالة مخالفة تسبقها أو تقارن بها وهى حالة الالم ، أى أن اللذة لا توجد الا بالمقارنة مع الالم وفى اطاره •

فاذا قضينا تماما على الالم فاننا نقضى أيضـــا عـــلى اللذة • اذن تصبح المقولة هكذا : اننا نسعى للقضاء على الالم ولكننا أيضـــا لا نريد القضاء عليه لأننا لو قضينا عليه تماما لما عادت هناك لذة •

قد تبدو هذه التساؤلات سفسطائية وبعيـــدة عن الواقع • ولكننا لو نظرنا على سبيل المثال الى حالة الولادة ، وهى عملية طبيعية مارسناها على مر العصور دون طب أو علاج ، لشاهدنا كيف حولتها الحضارة من حالة طبيعية تنتهى بالانجاب الى حالة مرضـــية تســـتدعى تدخل الطبيب بالعلاج ، ومن حالة طالما ارتبطت بالبهجة والسعادة بالميلاد الجديد الى حالة مرتبطة بالخوف والالم ، وكلما ازداد وعينا بألم الولادة كلما سعينا الى القضاء على هذا الالم وازددنا تصورا لحالة الولادة كحالة مرضـــية ولعملية الانجاب كعملية جراحية طبية ، وزادت محاولاتنا لتخفيف هذا الالم بواسطة العقاقير المخدرة • ولكننا مهما نجحنا فى التغلب على حالة الالم بواسطة التخدير فان الاستيقاظ من هذا التخدير يرتبط بوعى ببقايا الالم الذى كنا نريد القضاء عليه ، أى أننا لم ننجح فى القضاء على الالم بقدر ما أجلنا الوعى به • ولهذا كان لابد من البحث فى اتجـــاه آخر وهو

قبول الالم بدلا من محاولة القضـــاء عليه . أى أن الوعى بألم الولادة وقبوله بالتعاون مع تقلصـــــات العضـــــلات القابضة للرحم والجسم عامة ، يجعلنا نساير الالم ونتقبله ومن ثم نتغلب عليه وهكذا نشأ الاتجاه فى طب التوليد الذى يسمى الولادة بدون ألم . نستطيع أن نقول أن الطبيب المعالج اذا أراد فعلا أن يكون معالجا ناجحا عليه أن يتعلم ألا يبـــالغ فى رغبته فى القضاء على الالم تماما ، بل يجب عليه التحول عن هذا السعى الى محاولة فهم الالم وتقبله ومساعدة المريض بالتالى على هذا التقبل . أى أنه لو أستطاع الطبيب تقبل الالم كجزء طبيعى من الوجود الانسانى ونظر الى المرض كمرحلة فى التطور نحو الصحة ، فانه يستطيع بواسطة هذا القبول للالم والمرض أن يتغلب عليها . ان الحديد لا يفله الا الحديد، والعضال يشفى بالعضال ، والدواء يأتى من الداء .

لقد وقع الطب عامة والطب النفسى خاصة فى هذا الفخ وهو تصور ان الرغبة فى القضاء على الالم تماما تعنى أن تحقيق هذه الرغبة ممكن . ولكن الحقيقة أن الالم موجود والرغبة فى القضاء عليه أيضا موجودة . واذا كان الطبيب حليفا للحالة الثانية وحدها ــ أى حالة الرغبة فى التغلب على الالم فقط فانه يجد نفسه عاجزا عن القضاء عن غريمه تماما . والمخرج من هذا الفخ هو فى تقبل النقيضين أى حالة الالم وحالة الرغبة فى القضاء عـــلى الالم عـــلى الســـواء .

من هذا المنطلق نستطيع أن ننتقل الى مفهوم للعـــلاج يختلف عن المفهوم التقليدى . وهذا المفهوم هو أن الطبيب يستطيع أن يحول المريض الى حالة تقبل للنقيضين وهما حالة الالم وحالة الرغبة فى القضاء عليه . واذا أستطاع الطبيب أن يشارك المريض فى تقبل الالم وفى الاحساس به فانه يستطيع أن يبدأ أول خطوة نحو العلاج .

بهذا المفهوم نستطيع أن نقول أن العلاج يبدأ فى لحظة لقاء المريض بالطبيب بل انه يبدأ فى لحظة وجود الالم نفسها . وحينما نتحـــدث عن العلاج كمهنة فاننا نلتزم بالحالة الاولى أى العلاج الذى يمارس بصورة

طبيب (أو معالج) مع المريض . ونستطيع أن نقول ان هذا العلاج يبدأ فعلا بالمقابلة حيث الشكوى والتاريخ والفحص ، فحين يشكو الانسان من ألمه فان ذلك فى حد ذاته يخفف من حدة الالم . وكلما وجدت شكواه من يستمع اليها ويتقبلها كلما خفت حدتها . ونرى هذا فى المجال النفسى أكثر من غيره فالمريض النفسى يتألم لأنه فى نهاية الامر وحيد فى وعيه بحالة من الوجود يتفرد بها دون غيره مما يفقده الاتصال بمن حوله . وهو بواسطة الشكوى انما يصرخ ويمد يده الى من يستطيع الاستماع اليه ، كذلك نستطيع أن نشاهد فى كل مراحل المقابلة والفحص وظيفة علاجية ، فالمريض الذى يشكو ثم يقص تاريخ شكواه انما يلقى الضوء على مصدر هذا الألم الذى يعانى منه ويريه لنفسه وللطبيب ، ومن خلال محاولة معرفة الاسباب فانه يعطى لنفسه حالة من الطمأنينة ، فالخوف يتحول من خوف من ألم مجهول الى خوف معلوم الاسباب ، وبواسطة تعرفه على هذه الاسباب فانه يطمئن الى أنه فى طريقه للتغلب عليها وبالتالى على الالم نفسه . وكذلك يخطو المريض خطوة أخرى نحو مشاركة غيره لوجوده الذاتى بفضل استماع الطبيب لشكواه باهتمام ومشاركته لاحاسيسه .

ان عملية التشخيص هى خطوة علاجية فى حد ذاتها ، اذ عن طريق القاء الضوء على المرض فان الطبيب أو المعالج يطمئن المريض بأنه سوف يقضى على جذور المرض وأسبابه . وكلما كان التشخيص عميقا ، أى مبتعدا عن المستوى الاكلينيكى السطحى ومقتربا من المستوى الدينامى فالمستوى النشوئى ، كلما كانت معرفة الاسباب أكثر جذرية وبالتالى كان الامل فى القضاء على الالم أكثر جذرية .

وينطبق هذا أيضا على التنبؤ prognosis فالمريض الذى يستطيع أن يعرف سير مرضه ومستقبله يشعر بنوع من الطمأنينة حتى لو كانت المعرفة سيئة ، اذ يساعد نفسه على تقبل الامر بدلا من البقاء فى حالة أمل كاذب أو البقاء فى حالة خوف من المجهول .

وإذا استمررنا فى هذا التدرج أى من حالة الشكوى الى التاريخ أى الفحص والتشخيص والتنبؤ فاننا نستطيع أن نرى أن العلاج ما هو الا استمرار طبيعى لكل هذه المراحل نستطيع أن نعكس الآية ونقول ان العلاج ما هو الا محاولة للتعمق فى التشخيص • فالتشخيص ما هو الا علاج فورى والعلاج ما هو الا تشخيص مؤجل •

العلاج بين السطح والعمق :

قد يتساءل البعض : هل يعنى العلاج تخفيف الالم بشكل سطحى فحسب ؟ اذا افترضنا أن هذا صحيح فقد نقول ان هناك فرقا بين العلاج وتخفيف الالم • فمثلا عندما يشكو شخص ما من ألم فيعطيه الطبيب مسكنا ، فقد ينتهى به الامر الى ازدياد مرضه ، اذ أن الطبيب لم يشخص أسباب الالم انما أعطاه مسكنا فوريا خفف من ألمه دون أن يقتلعه من جذوره ، وبالتالى فهو قد أجل ظهور المرض الى مرحلة يكون قد استفحل فيها • وفى النهاية فان تخفيف الالم يجب ألا يتناقض مع اقتلاع المرض ولكن الاختلاف فقط هو فى سرعة التخفيف وعمق اقتلاع الجذور ، فكلما كان التخفيف سطحيا كلما كان ذلك يعنى فقط تأجيل ظهوره ، وبهذا نستطيع أن نبقى على تعريفنا للعلاج وهو أنه محاولة لتخفيف الالم وأن الفرق بين التضميد والعلاج الجذرى ما هو الا فرق فى الدرجة •

ومع هذا فلابد من هذه التفرقة ولابد أن نصنف أنواع العلاج حسب عمق محاولة التغلب على الالم ونستطيع أن نصنف درجات العمق فى العلاج بادئين بأكثر هذه الانواع سطحية والتى تعتمد أساسا على تخفيف الاعراض أو الآلام السطحية كما يحدث فى حالات الاستماع ثم النصح والارشاد واعطاء المسكنات والعقاقير المخدرة والمهدئة • ومتجهين نحو الدرجات الاعمق التى تسعى الى معرفة ما هو أبعد من مجرد الشكوى وتتعمق فى البحث عن الجذور ساعية الى اقتلاعها سواء كان ذلك على مستوى الفرد نفسه أو على مستوى البيئة والمجتمع • وقد نجد تسميات

مختلفة لهذه الدرجات من العلاج بادئة من العلاج السطحي الي الاكثر فالاكثر عمقا • فنجد أسماء مثل العلاج التدعيمي supportive ثم العلاج بواسطة الافضاء أو التنفيس ventilation abreaction ثم العلاج بالتبصير insight مثل العلاج التحليلي النفسي •

ويمكننا أن نحدد ثلاثة أسس نظرية لتصنيف مستويات العلاج :

١ ـ **المحافظ** : الذى يهدف الى الحد من ازدياد المرض واعادة المريض الى ما كان عليه ويشمل العلاج التدعيمى والتسكين والطمأنة الخ•

٢ ـ **البنائي** : الذي يهدف الى اعادة البناء بعد الهدم وذلك فى اطار أهداف محددة ويشمل العلاج التعبيرى والعلاج التحليلى •

٣ ـ **الجذرى** : الذي يهدف الى تحقيق التغيير المستمر دون الوقوف عند هدف محدد ويتسع على مدى الزمان بعدانتهاء فترة العلاج والمكان فى اطار دوائر وجود الفرد المتسعة من الاسرة الي المجتمع •

واذا بدا أن هناك تفرقة واختلافا فى القيم بين أنواع العلاج فهى تفرقة ظاهرية ، اذ أن هناك أحوالا وحالات تستلزم العلاج السطحى بينما أخرى تستلزم العلاج العميق • فقد يكون التعمق فى الحالات التيتستلزم علاجا سطحيا اضرادا بالمريض والعكس صحيح • كذلك وبهذا المفهوم نستطيع أن نقول أن هناك حالات يكون فيها العلاج سطحيا بمعنى أنه غير ملائم لهذه الحالة بالذات أو قد يكون فيها العلاج الذى يبدو سطحيا وسريع علاجا عميقا فى حقيقة الامر ، بمعنى انه استجابة لحاجة عميقة فى نفس المريض فى هذه اللحظة ، فهو عميق فى مغزاه • اذن فالمسألة ليست أفضلية نوع علي نوع وانما هى كيفية اختيار النوع المناسب للشخص المناسب وفي الوقت المناسب •

العلاج بين العضوى والنفسى :

قد نسمع كثيرا حوارا ساخنا بين دعاة العلاج بالعقاقير والوسائل الطبية العضوية وبين هؤلاء الذين يدافعون عن العلاج النفسي • ولكن

هذا التناقض وهمى • فان الذى يقوم بممارسة العلاج العضوى انما يؤدى وظيفة نفسية فى المقام الاول • فالمريض الذى يشكو من ألم ولا يريد من المعالج أكثر من الاستماع لهذه الشكوى واعطائه ما يخفف من حدتها دون أن يتعمق فى معرفة الاسباب أو محاولة اقتلاعهـا ، انمـا يعبر عن احتياج نفسى ، والطبيب فى ممارسته للعلاج العضـوى انمـا يعبر عن استجابته لاحتياج المريض الحقيقى ، أى انه يمارس علاجا نفسيا بواسطة العقاقير ويزيح المريض بأعطائه ما يطلبه وهو عـدم التعمق فى معـرفة الاسباب •

وعلى عكس ذلك فأن الطبيب الذى يسـتجيب لنداء المريض بأن يستمع الى شكواه ويتعمق فى معرفة أسباب مرضه وجذوره ثم يعاونه على اقتلاع هذه الأسباب انما يؤدى الى تغيرات فى المريض تشمل جسـده ونفسه ومجتمعه على السواء • اذ أن السعادة تؤدى الى تغيرات فى كيمياء الجسم ، مثلا بأن تتحسن حالة الهرمونات والمواد الداخلية التى ترتفع بالحالة الصحية جسديا ونفسيا الى حالة من الانتعاش ويتحسن التنفس وينتصب القوام وتتغير تعابير الوجه وتتحسن الشهية الخ • أى أن المعالج قد احدث تغييرات عضوية فى المريض بواسطة تدخلة على المسـتوى النفسى •

بعبارة اخرى فان التفرقة بين العلاج العضـوى والعـلاج النفسى انما هى تفرقه مصطنعه • ومع ذلك فلابد لنا من اللجوء اليها لكى نتفهم انواع العلاج ومستوياتهمن اجلأعطاء المريض مايلزم لهوليس فقطمانتعود عليهأو نستسهل ممارسته • اذ يجب ان يكون المعالج مرنا بحيث يستطيع أن يعطى المريض ما يحتاجه وما يطلبه ، وليس فقط ما يجيد ممارسته أو الأسـوأ من ذلك ، ان يعطى المريض ما يشبع احتياج الطبيب لا المريض ، لان هذا يعنى ان يتحول الطبيب الى مريض بأن يستغل المريض بهدف اشـباع احتياجاته الذاتية • ان المعالج الأمثل هو الذى يستطيع وأن يتحرر مـن العوامل الذاتية قدر ما يمكنه ويمارس اكبر درجة ممكنة من الموضوعية •

بعد هذه الاشارة الى ان الفروق بين الانواع المختلفة من العلاج النفسى انما هى فروق نسبية ووهمية نستطيع ان نصنف العلاج الى ثلاثة انواع :

١ ــ **علاج عضوى** : وهو الذى يعتمد أساسا على احداث تغييرات عضوية فى الجسد • وقد تكون الوسائل مؤثرات عضوية مباشرة مثل استخدام الادوية أو الكهرباء ، وفى هذه الحالة لا تتدخل ارادة الطبيب أو المريض فى احداث التأثير الكيميائى المباشر على خلايا المخ والجهاز العصبى الا بقدر ما تستلزم هذه الارادة عملية تناول الدواء • وقد تكون هذه الوسائل غير مباشرة بأن تحتاج الى ارادة من الطبيب والمريض على السواء فى كل مراحل العلاج ، وهنا يمكن احداث تغييرات عضوية فى جسد المريض عن طريق اعطائه تعليمات وارشادات • ويمكن ان نصف هذه الوسائل التى تستخدم مثل الرياضه والحركة والتمرينات المختلفة والتعليمات بأصدار حركات أو اصوات معبرة •

٢ ــ **علاج بيئى** : وهو احداث تغييرات فى بيئة المريض بحيث تؤثر على حياته ، ويأتى تأثير الطبيب هنا من موقع قدرته على احداث هذه التغييرات ، كأن ينتقل المريض من منزله الى منزل آخر أو الى مستشفى أو مصحة ، أو أن يطلب الطبيب نقله من مدرسة الى مدرسة أو من فصل الى فصل آخر أو أن ينصح بأحداث تغييرات فى نشاطاته الاجتماعية المختلفة •

ونستطيع أن نقول ان العلاج البيئى اما أن لا يكون لارادة المريض دخلا فيه كان يطلب الطبيب من المريض أن يسعى الى احداث تغييرات معينة فى البيئة بارادته تؤثر عليه بالتالى •

٣ ــ **علاج نفسى** وهو احداث تغييرات نفسية فى المريض بواسطة وسائل نفسية ويكون العنصر المعالج الاساسى هنا هو علاقة الطبيب بالمريض التى من خلالها يتعرف على ما يدور فى وعى ذلك المريض

ويساعده هو أيضا على التعرف على ما يدور في وعيه .

وبواسطة هذا التعرف تحدث علاقة بين الطبيب والمريض قد تعكس أنماط العلاقات مع الآخرين مما يساعد الطبيب على احداث تغييرات في هذه الانماط وهكذا تتأثر علاقات المريض الاخرى خارج علاقته بالطبيب بالتغييرات التي حدثت في اطار العلاج النفسي • وكما سبق أن صنفنا العلاج العضوي والبيئي الى نوع يحدث بدون تدخل ارادة المريض وآخر يحدث بتدخلها ، كذلك نستطيع أن نصنف العلاج النفسي الى نوع يعتمد أساسا على ارادة المريض والطبيب ، ونوع آخر تتدخل فيه العوامل الخارجية كأن يستخدم دواء لتسهيل عملية التفريغ النفسي ، كما يحدث عندما نعطي عقارا مخدرا أو منبها قبل الجلسات لكي يستطيع المريض أن يعبر عن نفسه بسهولة •

العـــلاج العضـــوى

١ ـ العـــلاج الكيمائي :

لعل أهم الفروق بين العلاج الكيمائي والعلاج النفسي هو أن الأخير يعتمد أساسا على احداث تغييرات في الوعي والفكر تؤدي الى تغييرات في الانفعال والجسد بينما يعتمد العلاج الكيميائي أساسا على احداث تلك التغييرات بطريقة مباشرة على المستوى الجسدي مما يؤدي الى تغيير في الانفعال والعاطفة ويؤدي بالتالي الى تغييرات على مستوى الفكر • أي أن العلاج النفسي يبدأ من أعلى الى أسفل أو من أرقى مستويات الحسية وهو المستوى الفكري متدرجا الى أسفلها بينما يبدأ العلاج العضوي من أدنى تلك المستويات متدرجا الى أعلاها •

ويهمنا العقاقير المؤثرة على النفس في المقام الاول بقدر ما تؤثر على الحالة الوجدانية للانسان ، فلا يهمنا مفعولها المباشر (الجسدي) هنا الا كاستزادة من المعرفة والعمل العلمي •

نستطيع أن نفترض أن الانفعالات الانسانية في الانسان يمكن تصنيفها الى صنفين أساسيين هما : (١) القلق و (٢) الاكتئاب •

ونستطيع أن نفرق بين هاتين الحالتين الانفعاليتين كالآتى :

على المستوى النفسى ، يعنى القلق حالة خوف من المجهول أو حالة توقع لخطر مستقبلى غامض ، وبالتالى يكون الانسان فى حالة استعداد لمواجهة خطر ما • أن يكون هذا الاستعداد مرتبطا بفعل ، أى أنها حالة خوف على النفس أو الذات من أن يصيبها ضرر ، قبل أن يحدث هذا الضرر فعلا • وتعبر عن استعداد اما لمواجهة هذا الخطر القتال أو الهرب منه ، أى بالكر والفر fight -- flight •

ونستطيع أن نذكر ثلاث درجات من العمق فى حالة القلق باستخدام درجة النضج فى تصور الجسد كمعيار :

أكثر هذه الدرجات سطحية هو ما يمثل قلق الخصاء أى الخوف من فقدان جزء من الجسد (مع بقاء باقى الجسد سليما) وهو القلق الذى يرتبط بالعصاب بصفة عامة •

فالفرد يعى حدود جسده كوجود ثم كوجود مستقل له كيان ولكنه يخاف من نقص فيه أو فقدان جزء منه الامر الذى يجعله موضع المقارنة مع جسد آخر • وفى ظل المجتمعات التى تعطى أهمية للفروق الجنسية بل قيم ايجابية وسلبية مرتبطة بها فان هذا القلق حول تصور الجسد سوف يأخذ صورة الخوف حول فقدان المميزات الجنسية وهو الخوف من الخصاء والذى يقابله من حسد للقضيب •

فاذا انتقلنا الى درجة أعمق من القلق نجد الخوف من فقدان حدود الجسد ذاته أى قلق الوجود المستقل الذى يقابل المرحلة التكاملية التى يحاول فيها الطفل أن ينفصل عن أمه ويحدد حدود ذاته وهى أيضا تقابل المرحلة الثانية (مرحلة الاستقلال) أو المرحلة الشرجية لدى فرويد •

فالخوف هنا ليس من أن يفقد الانسان جزءا من ذاته ولكن أن يفقد حدود ذاته بصفة عامة ويصبح معتمدا على الآخر وتحت سيطرته ، أى أن يفقد استقلاله (وجوده المستقل) وتتمثل هذه الدرجة من القلق فى حالات القلق الاكتئابى بصفة عامة والقلق المصاحب للوسواس القهرى والبارانويا .

ويمكن أن نسمى الدرجة الثالثة من عمق القلق قلق فقدان الوجود ذاته ، وهى تقابل المرحلة الاولى التى يعى الطفل فيها وجوده وان كان وعيا يشمل وجود الكون كله ، فهو لا يفرق بين وجوده ووجود الآخرين والوجود بصفة عامة . القلق هنا خوف من فقدان الوعى ، وخوف من الموت أو الفناء أو الاختفاء ، وهو أعنف وأعمق درجات القلق ، ونشاهده فى حالات الفصام بصفة عامة ، وفى أعمق مستوياته فى الفصام التصلبى (الكاتاتونى Catatonia) وفى بعض حالات الصرع .

ويصاحب القلق على المستوى الجسدى حالة من الاستعداد للهرب أو المواجهة والقتال ، ويطابق ذلك انفعال الجهاز العصبى السمبثاوى الذى يفرز هرمونى الادرينالين والنور أدرينالين ، وتفرز الغدتان فوق الكليتين هرمونات الكورتيزون ومشابهات الكوتيزون التى تمد الكائن الحى للقتال أو الهرب . وهكذا يكون الجسد فى حالة استعداد بأن يرتفع ضغط الدم وتزيد سرعة ضربات القلب وقوتها وكمية الدم الذاهبة للعضلات كما تزيد حدة توتر هذه العضلات ، وتتسع العينان وينتصب الشعر ، كما يحدث توقف نسبى للعمليات التى لا يحتاجها الكائن الحى فى لحظة مواجهة الخطر مثل الهضم أو القدرة على القيام بالعملية الجنسية .

كذلك يعبر القلق عن نفسه تجاه البيئة على المستوى الاجتماعى ، فاما أن يواجه الشخص هذه البيئة ويقاتلها (يعارضها أو يطورها أو يحاربها بطريقة مدمرة) وأما أن يهرب . واذا قارنا القلق بالاكتئاب نستطيع أن نقول ان القلق هو انتظار حدوث خطر ما ، أما الاكتئاب فهو الشعور الذى ينتج بعد أن يأتى الخطر ويحدث الأذى فعلا سواء كان ذلك الأذى حقيقيا أم متوهما ، بينما يصاحب القلق خوف على فقدان

قيمة الذات ، فان الاكتئاب يكون مصحوبا باحساس بفقدان قيمة الذات .

ونستطيع أن نصنف الاكتئاب أيضا الى ثلاثة مستويات من العمق :

ففي المستوى الاول نجد الاحساس الاكتئابي الذى ينشأ عن شعور بفقد جزء من الجسد (وهو يقابل الخوف من الخصاء فى حالات القلق) أى الاحساس بالخصاء ، فيشعر الشخص أنه غير مكتمل وينقصه شىء ما أو أنه أقل من الآخرين ، وهذا الإكتئاب نراه فى حالات الاكتئاب العصابى بصفة عامة ، وتنشأ أسسه فى المرحلة الثالثة أى مرحلة المبادرة عند اريكسون والمرحلة القضيبية عند فرويد .

فاذا انتقلنا الى مستوى أعمق فسوف نجد الاكتئاب المصاحب لمرحلة الاستقلال عند اريكسون أو المرحلة الشرجية عند فرويد ، ويشعر فيه الشخص انه فقد استقلاله فعلا وليس مجرد التهديد بذلك ، فهو يستسلم حزينا لحالة الاعتمادية التى وصل اليها بعد فقدان احساسه بالاستقلال والقدرة على الافتراق عن موضوعه ، ونجد هذا النوع من الاكتئاب فى حالات الاكتئاب الذهانى وفى بعض حالات الاكتئاب المصاحب للبارانويا أو الوسواس القهرى .

فاذا ما انتقلنا الى أعمق الدرجات فسنجد الاكتئاب الذى تنشأ أسسه فى المرحلة الاولى (الامان عند اريكسون والمرحلة الفمية عند فرويد) وهو احساس بفقدان الوعى بالوجود ذاته وحالة من التقبل أو الاستسلام للموت ، فالفرد لا يشعر فى هذه الحالة أنه مهدد بفقدان وجوده وانما يشعر أنه فقد هذا الوجود فعلا ، وهذا هو أعمق أنواع الاكتئاب ونراه فى حالات الإكتئاب المصاحب للفصام وخاصة الفصام التصلبى أو الكاتاتونيا .

ونستطيع أن نجد المقابل لانفعال الاكتئاب على المستوى الجسدى فى انعدام حالة الاستعداد للهرب أو القتال أى انعدام الاثارة السمبثاوية وتغلب نسبي للجهاز الباراسمبثاوى الذى يؤدى الى حالة من الهدوء ، أو الهبوط الذى قد يتطور الى حالة من السلبية والاستسلام

على مستوى البيئة ، أن الشخص هنا ينسحب من البيئة المحيطة ، وهنا يكون هذا الانسحاب مختلفا عن الهرب فى حالات القلق اذ أن الهرب هو نوع من مواجهة الخطر ونوع من الفعل الايجابى بينما يكون الانسحاب هنا معبرا عن حالة استسلام ، انه الفرق بين انسحاب المقاتل وانسحاب المستسلم .

بهذه المفاهيم نستطيع أن نصنف العقاقير التى تؤثر على الحالة النفسية الى عقاقير تقاوم الشعور بالقلق وعقاقير أخرى تقاوم الشعور بالاكتئاب وعقاقير ثالثة تظهر الانفعالات بشكل عام سواء كانت قلقا أو اكتئابا ونستطيع أن نسميها عقاقير محللة نفسيا .

psycholytic, psychodysleptic

أو عقاقير موسعة للوعى psychedelik أو عقاقير محاكية للذهان

psychoto tomimetic

تصنيف العقاقير

(أ) العقاقير المضادة للقلق :

١ ــ المستوى السطحى : نجد العقاقير التى تمنع الوعى بالقلق هى اساسا عقاقير تؤثر على الوعى . واكثرها سطحية هى تلك التى تنفى الوعى برمته دون تمييز بين مستوياته مثل العقاقير المنومة hypnotics وهى التى اذا استخدمت بجرعات كافية تؤدى الى فقدان الوعى أى الى النوم واذا ما استخدمت بجرعات صغيرة فان مفعولها يكون مهدئا .

ومن أمثلة هذه العقاقير :

١ ــ الباربيتيورات barbiturates ومشتقاتها وهى منومات

٢ ــ العقاقير المنومة المصنعة synthetic مثل الدوريدين Doriden

٣ ــ العقاقير المخدرة أي التى تستخدم فى التخدير anaesthesia مثل الكلوروفورم chloroform والاثير ether

وإذا تدرجنا نستطيع أن نضيف الكحوليات alcohol فإذا انتقلنا الى مستوى اعمق وجدنا العقاقير المطمئنة البسيطة minor tranquilizers وهى التى تؤدى الى حالة من الهدوء دون ان تؤثر مباشرة على الوعى أى دون تنويم وان كانت تؤدى الى النوم اذا اخـــذت بجرعات كبيرة ومن امثلتها :

١ ـــ مشتقات البنزوديازيبن benzodiazepenes مثل الكلورد يازيبوكسيد chlordiazepoxide ويسمى تجاريا بالليبريوم Librium أو الليبران Libran ومثل الديازيبام diazepam ويسمى تجاريا بالفاليوم Valium أو الفالينيل Valinil ومثل الاوكسازيبام oxazepam ويسمى تجاريا السيراكس Serax أو السريباكس Serepax

٢ ـــ مضادات الهستامين Antihistaminics : ولها اثر منوم ومهدىء .

٣ ـــ الميروباميت meprobamates تسمي تجاريا بأسماء مثل الترانكيلان Tranquilan الكـــويتان Quietan أو البرترانكيل pertranquil

وتستخدم عقاقير المجموعتين السابقتين فى تخفيف القلق المرتبط بالالم السطحى والقريب من الوعى ، فالالم الحسى الشديد فى العمليات الجراحية يحتاج الى الغاء الوعى عن طريق التخدير ، فإذا كان الالم اخف حدة كما يحدث فى حالات الارهاق الجسمانى اثر استغراقه فى العمل ، فإن المفعول المطلوب مماثل ولكن الجرعة المطلوبة تكون أقل من أن تفقد الوعى وهذا ما يحدث عند تناول المشروبات الكحولية والمخدرات فى الحيـــاة اليومية ، وكلما قلت حدة الالم الجسمانى وزاد القلق النفسى كلما كانت التهدئة مطلوبة أكثر من التنويم ، وهذا قد يفسر لجوء الناس الى العقاقير المهدئة بدلا من الخمور والمخدرات كلما ارتفعت نوعية الارهاق المرتبطة بالتطور الحضارى .

اذا انتقلنا الى مستوى اعمق من العقاقير المضادة للقلق ، نجـــد طائفة المطمئنات الكبرى major tranquilizers وهى تؤثر على الوعى بدرجة أقل من السابقة ولا تؤدى مباشرة الى النوم . وهـــذه

العقاقير تؤثر أساسا على المراكز الانفعالية قبل القشرة المخية ومنها
مشتقات البيوتيروفيتون butyrophenones (مثل الهالوبيريدول
Haloperidol ويوجد تجاريا بنفس الاسم أو باسم سافينيز
Safinace ومشتقات الثيوذانثين thioxanthenes مثل
الكلوربروثكسين chlorprothixene (ويسمى تجاريا باسم
التراكتان Taractan كما كانت تستخدم قديما مركبات الراولفيا
Rauwolfia مثل الريزيربين Reserpine ويطرح فى الاسواق
باسم السيربازيل Serpasil ولكنها لم تعد تستخدم الآن واقتصر
استخدامها على تقليل ضغط الدم المرتفع .

الا ان أهم هذه المركبات هى مشتقات الفينوثيازين phenothiazines
ونجد أن أكثرها سطحية يكون مفعولها أقرب الى التهدئة والتنويم مثل
النوزينان Nozinan فاذا انتقلنا الى درجة أعمق وجدنا ادوية
مثل الميلريل Melleril واسمه التركيبي ثيوريد ازين thioridazine
وكذلك الكلوربرومازين chlorpromazine
ويوجد تجاريا بأسماء مثل اللارجاكتيل Largactil أو النيورازين Neurazine
فاذا انتقلنا الى درجة أعمق وجدنا الفينوثيازينات من مجموعة
البيبرازين مثل التريفلوبرازين trifluoperazine ويسمى تجاريا
بالستيلازين Stelazine أو الستيلابيل Stellabil والبرفينازين
perphenazine ويسمى تجاريا التريلافون Trilafon والبيوتابيرازين
butaperazine ويسمى تجاريا بالراندولاكتيل Randolectil وكلما
ازداد مفعول العقار عمقا كلما قل تأثيره على حالة الوعي أى ضعف تأثيره
المنوم (حتى أن أدوية مثل الستيلازين والترايلافون قد تسمى بالمطمئنات
المنشطة . كما تكثر آثاره الجانبية على المراكز السفلى من المخ فيؤدى الى
تقلصات عضلية ورعشة وحركات لا ارادية تشبه مرض باركينسون
Parkinsonism . وتعمل هذه العقاقير بجرعات صغيرة كمطمئنات بسيطة .
وتوجد عقاقير لها تأثير خفيف مضاد للقلق المصاحب للاكتئاب كما أن لها

تأثير مضاد للاكتئاب وسنصنفها مع أدوية الاكتئاب ومنهـا التريبتزول Tryptizol والسينيكوان Sinequan

وبصفة عامة تستخدم العقاقير المضادة للقلق من طائفة المطمئنات العظمى فى علاج حالات القلق الذهانى عموما مثل القلق الفصامى والقلق الاكتئابى الذهانى .

(ب) مضادات الاكتئـــــاب :

١ ـ اذا بدأنا بأكثرها سطحية فسوف نجد المنبهات psychomotor stimulants مثل الامفيتامين amphetamine ومشتقاته والميثيل فينيدات methylphenidate واسمه التجارى الريتالين Ritalın وهى مواد لها مفعول مشابه لمفعول الجهاز السيمبتاوى فى الجسم ولهـا تأثير على المستوى السطحى من الاكتئاب ولكنها لاتستخدم عادة الآن كثيرا .

٢ ـ فاذا انتقلنا الى مستوى أعمق نجد العقاقير التى تبطل مفعول الانزيم المؤكسد لاحاديات الامين (M A O mono-amine oxidase inhibitors)

وهذه الامينات هى الافراز الكيميائى للجهاز السمبتاوى وكذلك فى التفرعات العصبية المركزية . وعندما يبطل مفعول الانزيم الذى يحطمها تتراكم نسبيا بدرجة أكبر وهكذا يصبح مفعول هذه العقاقير مشابها للامفيتامينات ولكن بصورة أعمق وأطول ومع أعراض جانبية أقل ولا تسبب تعودا ، وهى لهذا تستخدم فى علاج الاكتئاب العصابى .

ومن أمثلة هذه المجموعة الترانيلسايبرومين tranylcypromine (واسمه تجاريا بارنيت Parnate والايزوكاربوكسيزيد Isooarboxizid واسمه تجاريا بالماربلان Marplan

٣ ـ مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات tricylic antidepressants وهى عقاقير تسهل انتقال المواد الكيمائية التى تشبه الانفعال السمبتاوى بين أطراف الأعصاب فى العقد التفرغية وتأتى بمفعول متأخر ولكنه عميق وأكثر دواما ولذلك تستخدم فى علاج الاكتئاب الذهانى . ومن أمثلة هذه

العقاقير الاميبرامين imipramine (ويسمى تجاريا بالتوفرانيل Tofranil أو اليوفرانيل Eufranil والاميتربتلين amitryptiline ويوجد تجاريا باسم التربتزول Tryptizol والدوكسيبين doxepin ويطرح باسم السينيكوان Sinequan وللعقارين الاخرين مفعول مهدىء بسيط • وكذلك يوجد لعقاقير اخرى مثل الكلوربروثيكسين (التراكتان) والثيوردیدازين (الميلريل) مفعولا مضادا للاكتئاب •

(جـ) المحلات النفسية أو موسعات الوعى psychedelics Psychodysleptics

١ ـ هنا أيضا نجد درجات مختلفة من العمق • ففى أكثر المستويات سطحية يمكننا أن نصف غاز ثانى أوكسيد الكربون وغاز أوكسيد النيتروز (وهو يحدث بطريقة طبيعية فى بعض تدريبات اليوجا) على سبيل المثال وهى غازات تؤدى الى تغيرات فى الوعى ينتج عنها ظهور بعض الذكريات المكبوتة والانفعالات على السطح • الا أننا نجد هذا المفعول ينتج أيضا عن استخدام عقاقير أخرى مثل العقاقير المنبهة والعقاقير المنومة التى وصفناها فى الفقرتين السابقتين وخاصة اذا اعطيت بجرعات مفاجئة كما يحدث فى حالة حقنها فى الوريد • اذ تحدث حالة تحلل للعمليات التى تكبت هذه العواطف والذكريات مؤدية الى ما تسميه بالمفعول التحليلى النفسى Psycholytic ولهذا فان تصنيف هذه العقاقير تبعا لمفعولها ليس تصنيفا دقيقا لأن العقاقير المخالفة تستطيع أن تؤدى الى نفس المفعول اذا اعطيت فى ظروف معينة •

٢ ـ العقاقير المحللة الخفيفة ومن أمثلتها جوزة الطيب والماريهوانا والحشيش والبونجو وهى عقاقير ليست مهدئة ولا منبهة بمعنى الكلمة كما أنها ليست مضادة للاكتئاب أو للقلق بمعنى دقيق ، وانما هى تزيد حدة الاحساس عموما سواء بالقلق أو الاكتئاب ، كما أنها تؤدى الى افراط فى انتاج الافكار والذكريات وهو ما نسميه بالمفعول المحلل نفسيا • Psycholytic

٢ ـ وعلى مستوى أعمق نجد عقاقير مثل أميـد ثنائى ايثيل حمض الليسرجيك lysergic acid diethylamide وهو ما يعرف بعقار الهلوسة أو الـ ال • ا • س • دى ٢٥٠ L S.D.25 وكذلك عقار الميسكالين mescaline ، وهى عقاقير تؤدى الى تحلل شديد فى ترابط الافكار والى تغييرات فى الادراك perception والوعى واحيانا تسمى بالعقاقير موسعة الوعى psychedelic أو محاكية الذهان psychotomimetic لانها تؤدى الى تغييرات جذرية فى الوعى قد تشبه حالة الذهان •

ولا تستخدم هذه العقاقير طبيا الا للمعاونة فى العـلاج النفسى بكميات صغيرة ولا تأتى قيمتها الا من حيث قدرتها على احداث تأثيرات قد تؤدى الى تسهيل العلاج النفسى والحوار واللقاء بين الطبيب والمريض فى بعض الحالات الخاصة ، وتسهيل عملية بلورة محتويات الوعى •

استخدامات العقاقير فى الاطفال

١ ـ مضادات القلق : تستخدم السطحية منها فى حالات الصرع أو فى حالات الهياج أو الالم الشديدين • مثل الفينوباربيتون وفى المستوى الاعمق من العقاقير (المطمئنات البسيطة) نجد استخدامها فى حالات القلق التفاعلى بصفة عامة وفى حالات القلق العصابى والوسواس القهرى والرهاب وبعض حالات الاكتئاب العصـابى ، ويقل الاسـتخدامها فى الهستيريا لانه عصاب ينجح فيه الكبت فى اخفـاء القلق وتحـويله الى اضطراب عضوى ، وقـد تستخدم عندما يختفى التحـويل ويظهر القلق بعـده •

وفى المستوى الاعمق (المطمئنات العظمى) نجد أنها تستخدم فى حالات الذهان بصفة عامة ولا تعطى بكميات صغيرة كمطمئنات بسيطة

اذ ان استخدامها فى الاطفال غير مرغوب فيه بصفة عامة ، ويلاحظ انه كلما كان الذهان سطحيا وظهر فى صورة اضـــــطرابات انفعالية كلمـــا اصبحنا فى حاجة الى عقار أقل عمقا فى تأثيره (وبالتالى أشد فى مفعوله المنوم والمهدىء) مثل الكلوربرومازين والميريل .

وكلما زاد عمق القلق وظهر فى صـــورة اضطراب فى التفكير كلما احتجنا الى الاصناف العميقة مثل الستيلازين والراندولاكتيل .

كما تستخدم عقارات مثل التراكتان فى الحالات التى يكون القلق فيها مصحوبا باكتئاب .

٢ ــ **مضادات الاكتئاب** تستخدم العقارات ثلاثية الحلقات مثل التربتزول والتوفرانيل فى علاج الاكتئاب الذهانى وهو وان كان نادرا الا أنه يحدث فى الاطفال والصبية ، كما تستخدم هذه العقارات فى حالات التبول اثناء النوم nocturnal enuiesis لانها تقلل من عمق النوم بالاضافة الى مفعولها المهدىء للقلق .

وهناك استخدام آخر للمنبهات مثل الامفيتامين amphetamine فى حالات الافراط الحركى hyperkinetic syndrome وذلك بكميات صغيرة . كما انها تقلل من التدهور فى الاداء النفسى الحركى psychomotor perormance الناشىء عن التعب . هذا بالاضافة الى استغلال مفعولها المحلل نفسيا البسيط فى العلاج النفسى

٣ ــ **المحللات النفسية** نستطيع اســـتخدام الانواع الخفيفة بما فى ذلك المنبهات (الامفيتامين) والمنومات الحادة المفعول فى العلاج النفسى بواسطة التفريغ catharsis للتغلب على الكبت وذلك فى بعض الحالات الخاصة .

العـــــــلاج الكهـــــــربائى

العلاج بالصدمات الكهربائية E.C.T. Elèctro—convulsive therapy هو امرار تيار كهربائى فى المخ ينتج عنه حالة من التشنج الشامل للجسم .

ينتج عنها احداث تغييرات عضوية ونفسية • ومن التغييرات العضـــوية تنبيه الجهاز السمبثاوى بصفة عامة ولذلك نجد الصدمات الكهربائية انفع فى حالات الاكتئاب ، ونفسيا نجد حالة فقدان الوعى تماما والعودة الى حالة من النكوص كما لو كان الانسان يعيد عملية تطوره وينتقل من حالة الموت الى حالة الميلاد ، ويكون المريض قابلا للمؤثرات فى اللحظات التى يخرج فيها من مفعول جلسة الكهرباء ، ولذلك نجد أن هناك علاجا نفسيا مـــع العـــلاج الكهربى حينما يصحو المريض من الجلسة فيجد العنـــاية والرعاية اللتين تؤثران عليه وتعيـــدان اليه احســـاسه بالثقة والامان • وتستخدم الصدمات الكهربائية أيضا فى حالات الاكتئاب المصاحبة للفصام وفى حالات الهوس •

وهناك حالات وانواع أخرى من العلاج الكهربائى غير الصدمات ، وما زال تأثيرها قابلا التساؤلات • ومنها التنويم الكهربائى Electrosleep وهو عبارة عن امرار تيار كهربائى خفيف جدا لا يؤدى الى فقد الوعى الا أنه يشبه فى ذبذباته نفس النسبة الخاصـــة بالموجات التى تحـــدث فى حالة النوم ، ولذلك يؤدى الى حالة من النوم الطبيعى ، ويستخدم فى علاج حالات العصاب بصفة عامة •

وهناك علاج كهربائى ثالث وهو التنبيه الكهربائى
Electrical stimulation therapy
وهو امرار تيار كهربائى خفيف فى المخ ، وفى الارجح لا يكاد مفعول هذا التيار يذكر من الناحية العضـــــوية ، ولكن مفعوله ايحائى ونفسى فى المقـــــام الأول •

العلاجات العضوية المعتمدة على الارادة : من جانب المريض أو الطبيب على السواء ونذكر تحت هذه العلاجات تلك التى تعتمد على النصح والارشاد بتغيير البيئة وباستنشاق الهواء أو العزلة أو التمرينات المختلفة مثـــــل مدارس الطاقة الحيوية Bioenergetics والجشتالت Gestalt التى تعتمد على احداث تغيرات فى أوضاع الجسد وتعمد اخراج حركات

وأصـــوات تعبر عن انفعالات معينة ، وهى تعتمد أساسـا على المبدأ القائل بإن الفعل قد يسبق الانفعال أى اننا اذا ضحكنا فسوف نشعر بالسعادة واذا صرخنا أو بكينا فسوف نشعر بالخوف أو بالحزن • ويعتمد هذا النوع من العلاج على أعطاء تعليمات بتأدية هذه الحركات والاصوات حتى يتسنى للانفعال الطبيعى أن يلحقها ويأتى بعدها •

العـــلاج البيئى

يعتمد هذا النوع من العلاج على احداث تعبيرات فى البيئة أما مباشرة كأن ينصح المعالج بتغيير معين أو غير مباشر عن طريق المريض نفسه الذى يحدث تغييرات فى بيئته تؤدى الى تغييرات فى نفســه • وقــد يســتعين المعالج هنا ببيئات مختلفة للعلاج مثل المستشفى أو الملجأ أو المصـحة أو فصول دراسية معينة مثل تلك الخاصة بالمتخلفين عقليا وهكذا •

وأول هذه التغييرات تلك الطفيفة منهـا فى البيئـة المبـاشرة مثـل النصح بتوزيع الغرف فى المنزل أو أماكن النوم أو الاستذكار فقد يلاحظ مثلا أن طفلا معينا يعانى من قلق شديد لأنه ينام مع شقيقته الصغرى بينما هو يقترب من سن المراهقة ، وتثار رغباته الجنسية بما يصاحبها من احساس بالذنب مما يؤدى الى زيادة التوتر بينه وبين اخته وفى المنزل بصفة عامة وهنا ينصح المعالج بأن ينام كل منهما فى غرفة منفصلة مثلا •

وعلى مستوى أعمق ، قد ينصح المعالج تغبيرات لتشمل مثل انتقال طفل ليعيش مع أقارب له أو مع اسرة تتبناه أو تأويه لفترة مؤقتة •

اذا اتضح أن الاضطرابات تنشأ بسبب والذين قاسيين أو ذهانيين أو مدمنين أو ذوى سلوك اجرامى ، وكذلك النصح بأن ينتقل طفل من فصل دراسى لا يستطيع التوافق معه بسبب نقص قدراته العقلية الى فصل آخر به أطفال فى مستواه الذهنى مما يمحو احساسه بالنقص فى فى المدرســـة وهكذا •

وفى بعض الحالات الاخرى والتى نفترض فيها ان الشخص أو الطفل قد أصبح هو نفسه مريضا الى درجة تحتاج الى علاجه فى بيئته منفصلة لفترة من الزمن حتى يشتد عوده ويقدر على مواجهة بيئتـــه المرضية مرة أخرى ، قد ينصح المعالج بادخاله الى مستشفى أو مصحة نفسية للعـــلاج •

الفـــــريق العـــلاجى :

يعتمد المعالج فى الحالات السابقة على مجموعة من معالجين آخرين يكونون على اتصال مباشر به وتحت اشرافه مكونين فريقا علاجيا متعاونا ويكون على المعالج الرئيسى مهمة التنسيق فيه • وقد يتكون هذا الفريق من أفراد اسرة المريض نفسها كالاب مثلا ، ونذكر هنا حالة هانز الصغير Little Hans التى عالج فيها فرويد الطفل عن طريق والده ، وقد يتكون هذا الفريق من المدرسين فى مدرسة الطفل أو الاخصائى الاجتماعى أو النفسى فيهـــا •

ويمكن ان نعتبر رجال الشرطة والقانون الذين يتعاملون مـــع الاطفال والشباب الجانحين فى الاصلاحيات جزء من الفريق العـــلاجى الذى يتعاون مع المعالج الرئيسى كذلك اذا انتقل الطفل ليعيش مع أسرة أخرى غير أسرته فان الاسرة الجديدة تعتبر الفريق المعاون للمعالج • ماذا انتقلنا الى مستوى أكثر تخصصا وجدنا الفرق العلاجية التى تعمل بطريقة مكثفة فى المستشفيات ، ويضم الفريق منها الى جانب الطبيب النفسى طبيبا باطنيا للاطفال واخصائيا نفسيا واخصائيا اجتماعيـــــا ومعالجين بالعمل وبالفن وبالرياضـــــة بالاضافة الى هيئة التمريض والمدرسين والعاملين بالمستشفى ويقوم كل هؤلاء بعلاج الطفل ســـواء أردنا أو لم نرد اذ ان الطفل الذى يتلقى ساعة يومية من العلاج مـــع المعالج يكون تحت تأثير هذا الفريق طوال الثلاثة والعشرين ساعة الباقية ، ولذلك وجب التعاون والاتصال المستمر بين افراد هذا الفريق العلاجى

الذى أصبح الركيزة الاساسية فى العلاج • فى المستشفيات والمصحات لتلافى التناقضات التى قد تنشأ عن التعارض بين المعالجين المنفصلة تأثيراتهم بعضها عن البعض الآخر •

دواعى العلاج البيئى : اننا نلجأ للعلاج البيئى حينما يكون المرض استجابة لظروف معينة فى البيئة ، واذا توصلنا الى ان ابعاد الطفل ولو بصفة مؤقتة عن هذه البيئة قد يأتى بنتائج ايجابية ، أو اذا وضعنا اصابعنا على العنصر أو العناصر الضارة فى هذه البيئة ورأينا اقتلاعها وابعادها عن الطفل بدلا من ابعاد الطفل عنها •

العلاج البيئى بين العمق والسطح : لايجب أن يصبح العلاج البيئى فى اذهاننا مرادفا للعلاج السطحى أو العلاج الذى يتعرض فقط للمؤثرات الخارجية ، اذ يمكن عن طريق هذا العلاج الوصول الى درجات عميقة من التغييرات داخل الشخصية • ونجد مثال لذلك فى عمل الفريق العلاجى فى المستشفى والذى قد يصل الى اقصى درجات العمق فى معالجة المشكلة ، وفى تشخيصها ومعرفة مسبباتها وطرق تناولها •

ولنضرب مثلا طفل يعانى داخليا من صعوبة شديدة فى التعبير عن رغباته العدوانية ، ان الفريق هنا يستطيع عن طريق تنسيق جهود افراده المختلفين أن يحل المشكلة بطريقة بناءة فمثلا يمكن أن يوصى المعالج بالرياضة أن يختار نوعا يسمح للطفل بالتعبير عن عدوانيته كأن يمارس الملاكمة أو المصارعة ، ونطلب من المعالج بالموسيقى نفس الشىء فيدربه على عزف الموسيقى الايقاعية العنيفة ، كما يمكن للاخصائى الاجتماعى الى جانب معرفة العوامل البيئية التى ادت الى المشكلة ان يرشد الاهل الى كيفية تقبل نزعات الطفل العدوانية وفهم أسبابها (كأن تكون مجرد محاولات لجذب الاهتمام) بدلا من ادانة الطفل بأنه «سىء» وهذا فى حد ذاته قد يكون عنصرا علاجيا هاما •

كذلك يمكن لهيئة التمريض ان تتقبل نزعات الطفل العدوانية وتساعده على تلك الطرق البناءة لاشباعها وتمنعه من الطرق التدميرية أو التى كانت

تؤدى الى قهره كما كان يحدث فى بيئته واخيرا فان المعالج النفسى يستطيع أن يفسر للطفل سلوكه العدوانى المتخفى ويساعده على التعبير البناء عنه بطريقة مباشرة ٠

ان الفائدة الحقيقية للعلاج الداخلى بالمستشفيات تكمن فى روح الفريق والتعاون الحقيقى بين افراده ٠ كما انه من المفروض ان يمتد اثر هذا العلاج الى خارج المستشفى ٠ فيتعلم المعالج والاسرة وكل أعضاء الفريق أن يكونوا على اتصال على مستوى البيئة ، بما فى ذلك بالمدرسة وبالشرطة والجيران وبالاسرة كلما تطلب الأمر ٠

العـــــلاج النفسى

المقصود بالعلاج النفسى هوذلك التاثير الذى يحدث فى نفس المريض بواسطة وسائل نفسية أى بدون وسائل كيماوية أو بيئية ، وان كانت تستخدم احيانا كعناصر مساعده الا انها ليست العنصر الرئيسى ٠

ان المفهوم السائد للعلاج النفسى هو العلاج عن طريق استخدام الكلمات كمؤثر رئيسى الا أننا فى حالات الاطفال نجد الامر يختلف قليلا بسبب قدرة الطفل المحدودة فى التعبير اللغوى ، ولذلك قد يعتمد العلاج النفسى فى الاطفال على وسائل أخرى لا لفظية ٠ وعلى كل حال فهى لايمكن فصلها عن الالفاظ وقد تكون بدائل أو عناصر مسهلة لاستخدام الالفاظ ٠ أو أنها تقوم بنفس الوظيفة الرمزية للغة وتصبح هى لغة أخرى مثـــال ذلك الرسم أو النحت أو الموسيقى أو اللعب ٠

ان استخدام اللعب كوسيلة للعلاج النفسى مع الاطفال بدلا من الدخول فى حوار مباشر أو بالاضافة الى هذا الحوار لهو أحد الطرق المهمة للكشف عن العوامل المرضية فى بيئة الطفل أو فى شخصيته وعلاقاته بأسرته، اذ انه من الاسهل على الطفل ان يتحدث عن مشكلته من خلال قصة أو لعبة أكثر مما يستطيع ذلك بواسطة الحديث المباشر ٠٠ كما أن اللعب يمكن أن

يكون وسيلة علاجية علاوة على كونه وسيلة تشخيصية ، ويصدق هـذا على الوسائل غير اللفظية الاخرى •

ويمكن أن نقول هنا أيضا أن العلاج النفسى قد يكون مباشرا أى أن تحدث التغيرات من خلال العلاقة بين المعالج والمريض ، وقد يكون غير مباشر أى عن طريق الاهل أو الاسرة والبيئة ، الا أننا هنا نعنى بالعلاج النفسى ذلك النوع الاول نتيجة التدخل المباشر للمعالج ؛ كما نستطيع أن نصف العلاج النفسى حسب التدرج فى العمق •

١ ــ العلاج النفسى التدعيمى supportive psychotherapy

وفيه يكون دور المعالج أساسا هو تدعيم الوسائل الدفاعية التى يستخدمها المريض ومنع المزيد من الانهيار والتفكك •

ونلجأ الى هذا النوع من العلاج عندما لا توجد هناك امكانيات تسمح بالتعمق فى العلاج سواء كانت هذه الامكانيات ذاتية فى المريض أو موضوعية فى البيئة ، ومن العوامل الذاتية أو الخاصة بالمريض أن تكون الذات ضعيفة بدرجة قد تجعل مهاجمة الوسائل الدفاعية تؤدى الى انهيار تام للذات ، فهنا نساند الذات وندعمها ولا نلجأ الى التفسيرات أو المواجهة أو التنفيس الانفعالى انتحاشى مداهمة الذات بمزيد من الرغبات الغريزية والصراعات النفسية بل نسعى الى تقوية دفاعاتها •

وقد يؤدى هذا العلاج التدعيمى الى تغيير شكل المرض الى شكل آخر فهو علاج غير جذرى • فقد يأخذ المرض الذهانى صورة المرض العصابى وهى نتيجة لا بأس بها عـلى أية حال ، وقد تكون ضرورية فى ظروف معينة ، أى اننا يمكن ان نعتبر هذا العلاج نوعا من التضميد ولكن هذا ليس حكما عليه بالسطحية المطلقة ، اذ أنه من السطحية أن نسعى الى علاج عميق فى ظروف لا تسمح بها •

كما يمكن ان نعتبر بعض مستويات العلاج السلوكى احد انواع هذا

العلاج ، وهو علاج يعتمد اساسا على تغيير السلوك الظاهرى للفرد بناء على نظرية التعلم • ويعرف بتعديل السلوك behaviour modification ويمكن ويمكن ان نذكر هنا بعض الوسائل المستخدمة فى هذا النوع من العلاج :

سلب الحساسية desensitization وذلك بتكرار العنصر المثير للقلق مع حالة من الاسترخاء العضلى مما يحد من مظاهر القلق ، وتستخدم هده الطريقة على الاخص فى حالات الرهاب Phobias كما نجد امتداد لهذه الوسيلة فيما يعرف بأسم الكف المتبادل reciprocal inhibition ويضاف فيه عوامل مبطلة للقلق مثل الحب أو الحنان affection والاطعـــــام feeding responses والمحاكاة الاجتماعية social imitation

كذلك نجد الاشراط العامل operant conditioning ويعتمد على الاستفادة من التغذية الاسترجاعية التى تأتى ن البيئة نتيجة لسلوك الفرد وهو تطوير للاشراط التقليدية classical conditioning الذى أسسه بافلوف Pavlov على مستوى السلوك ، اذ انه يعتمد اساسا على الثواب والعقاب كطريقة لتعديل السلوك •

٢ ـ **العلاج النفسى البنائى** والمقصود هنا هو الانتقال خطوة من مجرد منع الاعراض من التفاقم او تدعيم الذات بحيث تكف عن التدهور ، ولكى يشمل هذا المستوى درجة من الاعادة للبناء التى قد تستوجب درجات محكومة من التحليل (التدمير) • ويشمل ذلك عدة خطوات منها السماح بعمليات التحلل الطبيعى أن تحدث أو تيسيرها بتشجيع التعبير بالوسائل المختلفة ابتداء من الاستماع الى التفسير • وفى كل الحالات فان المطلوب هو عملية ذات هدف محدد يتخلل طريقها نسب محدودة من التحليل والتفكيك ولكنها لابد وأن تنتهى بالضرورة باعادة البناء ويمكننا أن نميز مستويين :

(أ) العلاج التعبيرى expressive therapy

اذا اعتبرنا ان العلاج التدعيمى يعتمد على منع التعبير عن الغرائز

والصراعات الداخلية وعلى تغطية الرغبات اللاشعورية ومساعدة الوسائل الدفاعية ، فان الدرجة الثانية من التعمق هى مساعدة الرغبة أو الصراع على الظهور من اللاوعى الى الوعى •

ونستخدم هذه الطريقة اذا كانت الصراعات الداخلية قوية والكبت شديدا • حينئذ يكون السماح لهذه الصراعات بالظهور وسيلة لحل هذه الصراعات واعادة البناء قبل ان تعاد درجة ما من الكبت مرة اخرى ، اذ ان الوسائل الدفاعية للكبت قد تكون وسائل غير توافقية ومؤدية الى حالة مرضية • ويمكن أن يقارن هذا العلاج بفتح الخراج فى العمليات الجراحية

وتستخدم هذه الطريقة اذا كانت القوة الذاتية للمريض تسمح له ببناء وسائل دفاعية اخرى ملائمة له •

وقد تكتفى بهذا أو ننتقل الى درجة اعمق من العلاج هى : ــ

(ب) العـــــلاج التحليلى analytic psychotherapy

قد توحى هذه التسمية بأن الهدف من هذا النوع من العلاج هــو التحليل أو الهدم وليس اعادة البناء • ولكن التحليل هنا ما هو الا خطوة نحو اعادة البناء التى تحدث تلقائيا • اذا كان العلاج يحدث لشخصية تملك قدرة ذاتية على اعادة التكوين ؛ فالتحليل هنا يشمل كلا من العنصرين السابقين وهما التدعيم التابع من قدرات الفرد الذاتية ، والتعبير الذى يحدث نتيجة توفير الجو الملائم (بواسطة المعالج) ورغبة الفرد فى التعبير عن نفسه ، وخطوة اعادة البناء هى ما يعرف بالتحليل التقليدى باسم مرحلة العمل فى العلاج • working — through

وهى تتبع مرحلة التدعيم والاستماع ثم التعبير والتفريغ عندما يكتسب المريض البصيرة نتيجة تفريغ الشحنات الانفعالية ورفع الكبت وبالتالى وضوح الرؤية بالنسبة للصراعات الداخلية اذ عندما يفهم المريض مصادر مرضه ويعيد اختياره مرة أخرى فأنه يختار وسائل بناءه بدرجة أكثــر مما سبق وفى النهاية يعاد البناء بواسطة التكيف الذى يحدث للرغبات

المكبوتة مع بقية عناصر الشخصية ومع الواقع .

٣ ــ **العلاج الجذرى** فى هذه الحالات يتجاوز العلاج حدوده الزمانية والمكانية . فعلى مستوى الزمان يكون الهدف أن يستمر الطفل فى استيعاب العملية العلاجية بحيث يستمر ذاتيا بعد انتهاء فترة العلاج الرسمية . وهو ما يحدث تلقائيا من منطلق مرونة الطفل وتطوره الطبيعى . وعلى المستوى الثانى فان ذلك يتطلب من المعالج أن يوجه جهوده الى البيئة المحيطة بالطفل بادئا بالاسرة المباشرة حتى المجتمع باسرة .

والحقيقة أن هذه الفلسفة العلاجية هى انعكاس لممارسة المعالج وطبيعته بقدر ما هى انعكاس للحالة المطلوب علاجها .

ويعتبر التحليل النفسى خطوة فى هذا الانجاه . ومن أعلامه فى مجال الاطفال ميهانى كلاين التى اعتمدت أساسا على الوسائل اللالفظية والتفسيرات العميقة . وآنا فرويد التى اعتمدت على الوسائل اللفظية الفردية

اطارات العلاج النفسى : ــ

١ ــ **العلاج الفردى** individual psychotherapy

الاطار التقليدى للعلاج النفسى هو العلاقة بين المعالج والمريض أى العلاقة بين فرد وفرد آخر وهو اطار متبع فى حالة الراشدين أكثر اذ ان الراشد مفترض فيه انه قد استقل عن اسرته ونجح فى تكوين هويته وشخصيته . وهذا الاطار يعبر عن الحالة الحضارية التى تقدس الفردية والملكية الخاصة وهذا الاطار وان كان مستخدما فى العلاج النفسى الا اننا نجد انه فى بعض الحالات ينعدم تأثير العلاج الفردى تحت تأثير احتكاك الطفل بالاسرة ، اذ أن الطفل مازال مرتبطا بأسرته ويمكن اعتباره امتدادا لها وما يعبر عنه قد يكون حالة مرضية فى الاسرة أكثر منه حالة مرضية فيه اذ ان الطفل هو اضعف حلقة فى اسرته .

وعلى هذا تفرض أنواع أخرى من العـــلاج نفســـــها فى حالات الاطفال وهى :

Family therapy

٢ ـ **العلاج الاسرى** بدلا من تركيز العلاج على الطفل وحده فأننا هنا ننظر الى الاسرة كوحدة مرضية والى الطفل كمعبر عن هذا المرض أى أن اننا نعالج الاسرة ككل •

وقد يأخذ هذا التدرج والعلاج شكلا تقليديا بأن نركز العـــــلاج النفسى على الطفل والعلاج البيئى على الاسرة أو أن نرى الطفل بالتوازى مع اسرته أى ان يكون الطفل مع معالج والاسرة أو الابوين مع معالج اخر • ومع تطور العلاج النفسى الاسرى أصبحنا نرى الطفل مع أبويه فى جلسة مشتركة أو حتى مع أبويه وأخوته بل أصبح الاطار اللاسرى شاملا فى بعض الاحيان لافراد آخرين هامين مثل الاعمام أو الخالات أو الجيران أو المدرسين فى مدرسة الطفل ، واذا انتقلنا خطوة اخرى فاننا نستطيع ان نعالج مجموعة من الاسر معا فى اطار علاج اسرى جماعى •

٣ ـ **العلاج الجماعى** group psychotherapy

لقد فرض هذا العلاج نفسه بسبب وجود الاطفال فى جماعات سواء كان ذلك بالمدرسة أو المستشفى أو المصحة النفسية اذ أن الطفل قد يتعلم من صديقه أو زميله من نفس السن أكثر مما يتعلم من الكبار • وقد فتح لنا ذلك مجالا للتأثير على الاطفال عن طريق الاستعانة بالمجموعة كعنصر ضغط أو تأثير لاتاحة الفرصة للطفل لتعلم طرق بنـــاءة فى الســــلوك والتفكير •

وقد يبدو لاول وهلة ان هذا مجرد اقتصاد نتيجة قلة عدد المعالجين وكثرة المرضى الا ان ذلك ليس الا عنصرا واحدا ضمن عناصر اخرى يمتاز بها العلاج الجماعى ، فكما قلنا قد يكون تأثير الأنداد على الطفل أكثر من تأثير المعالج الفرد ، اذ أن الطفل كثيرا ما يربط بين أى راشد وبين البيئة الاسرية المرضية • فمثلا اذا كان يشكو من اضطهاد أبويه

أو المدرسين فانه سوف يشعر بذلك تجاه المعالج ويأخذ منه موقفـــا سلبيا • وقد يستطيع المعالج هنا كسر هذا الحاجز عن طريق اخر فى عمر الطفل بالاضافة الى هذا فان المجموعة قد تعطى الطفل مســـاندة لكى يستطيع التعبير عن رغباته العدوانية تجاه الراشدين الامر الذى قد يصعب عليه فى الجلسات الفردية ، كما ان عنصرى التعبير والتنفيس يتيسران بفضل الجماعة ، اذ ان الطفل الذى يرى طفلا اخر يبكى أو يصرخ أو يضحك أو يتحرك بطريقة معينة يجد سهولة فى التعبير عن انفعالاته بنفس الطريقة اكثر مما لو كان فى غرفة مع معالج وحدهما • كذلك يتيح العلاج الجماعى للطفل فرصة الاختيار اذ يجتمع الاطفال بدون هدف محـــدد كأن يقوموا بألعاب رياضية أو أعمالا فنية أو لمجرد التعبير عما فى نفوسهم واذا كنا نشير هنا الى الجماعى بالمعنى العام فان هناك مجالات شتى للعلاج الجماعى مثل اللعب أو الرياضة أو الدروس أو العلاج النفسى المسرحى psychodrama أو العلاج النفسى الجماعى الموسيقى والغنائى small ويستخدم فى حالات التلعثم •

فهـــرس

الفصل الأول :

الفصل الثانى :

الفصل الثالث :

الفصل الرابع :

الفصل الخامس :

الفصل السادس :

الفصل السابع :

الفصل الثامن :

الفصل التاسع :

الفصل العاشر :

الفصل الحادى عشر :

مؤسسة
روز اليوسف

رقم الايداع بدار الكتب
٧٨/٥٩٠١

هـــذا الـــكتاب

الطفل هو نتيجة مباشرة لعلاقـة « أب » و « أم » وعندما نقول ان هذا الطفل يعانى من « مـــرض نفسى » ٠ فنحن نقول ضمنيا أن الظروف التي احاطت بالطفل هى ظروف مريضـة فالطفل فى جوهره مرآة عاكســـة لظروف اسرته ومجتمعه ٠٠

وهذا الكتاب الذى يقدمه د٠ محمد شعلان الى « القراء » هو شرح علمى لأســلوب علاج الاطفـــال ويخلص د٠ شعلان فى محاولة الشرح البسيط ليصبح فى متناول طالب الطب أن يعرف أسباب المرض وجذوره وكيفية مواجهته ٠ وبهذا لا يصبح الكتاب متخصصا لطلبة الطــب فقط ولكنه لكل أب وكل ام يرغبان فى معرفـــة عالم الطفولة ومشاكله ٠٠

ود ٠ محمد شعلان أحد كبـــار الباحثين فى امراض الطفولة النفسية لأن الطفـل فى بلادنا يحتـــاج الى اكتشاف ، وأمراضه النفسية لايكفى علاجهـــا فقط بالعقاقير ٠٠ فالعقاقير أحيانا تكون المخدرات التى تؤجـــل مواجهة المشاكل ٠ فلماذا نرهـــق أطفالنا بتأجيل النظر فى مشكلاتهم٠

ان هذا الكتاب دعـــوة مواجهة صريحة لمشاكل الطفولة وامراضهـــا وتحديد طرق انقاذ الطفل من أنياب المتاعب النفسية ٠٠كتاب يضىء العقل والقلب معا بعالم من المعـــرفة التى تؤكد الحب ٠ حب المجتمع لمستقبله وحب الاباء للابناء دون قهر للابنـــاء ودون استعباد للآباء ٠٠ انه كتاب من أجل حرية الطفل المسئولة ٠٠ وحرية الآباء التى تؤكد نفسها أيضـــا بالمسئولية ٠





028
81
2
79

